



यह र  
पीड़ि  
आधा  
है कि  
अलग  
ही च  
बड़े  
शरीर  
होती  
परि  
बड़ों  
स्फो  
चर्म

प्रमु  
हो ।

आ  
को

# चर्मरोग चिकित्सा

Gifted to  
Raj Kumar and Son  
Library in  
Calcutta

राजकुमार एण्ड सन्ज

सुरुचिपूर्ण प्रकाशन

एक गौरवशाली परम्परा

या  
पी  
अ  
ल  
अ  
ल  
ब  
स  
ल  
म  
ब  
स  
च

प्र  
ल

अ  
क.



स्वास्थ्य शिक्षा को वैज्ञानिक विधि

# चर्मरोग चिकित्सा

---

लेखिका  
डॉ. डिम्पल शाह  
(भूतपूर्व सर्जन, दयानन्द अस्पताल)

प्रकाशक  
राजकुमार एण्ड संस  
दिल्ली-110032

य  
पी  
अ  
है  
अ  
है  
ब  
श  
है  
प  
ब  
स  
त

प्र  
है

अ  
व

ISBN : 81-88026-03-4

प्रकाशक : राजकुमार एण्ड संस

30/36, गली नं-9, विश्वास नगर

शाहदरा, दिल्ली-110032

मूल्य : 150.00

संशोधक : राजकुमार शर्मा

संस्करण : प्रथम 2002

शब्द-संयोजन: मनीष लेज़र प्रिंट्स

शाहदरा, दिल्ली-110032

मुद्रक : बी. के. ऑफ़सैट, शाहदरा, दिल्ली-110032

## लेखकीय

बच्चों तथा बड़ों में चर्म रोगों की अपनी अलग-अलग विशेषताएँ होती हैं। एक ही चर्म रोग की तल्लिक (Clinical) गति बच्चे और बड़े में भिन्न होती है, क्योंकि उनमें शरीर की प्रतिक्रियात्मक (reactivity) भिन्न होती है, उनमें अंतर्जातीय स्तर (endocrine status) तथा केंद्रीय नर्वनस (nervous system) की अवस्थाएँ भिन्न होती हैं; इसके अतिरिक्त बच्चों का शरीर तेजी से बढ़ने वाला होता है। अनेक अन्य बातें भी हैं, जिनके कारण उनमें समान प्रकार के रोग अलग-अलग विशेषताओं के साथ प्रकट होते हैं। इतना ही नहीं, कई चर्मरोग (dermatoses) सिर्फ बच्चों में होते हैं और कई सिर्फ बड़ों में।

उदाहरणार्थ व्यावसायिक (व्यवसायजनित) चर्मरोग सिर्फ बड़ों में होते हैं, जथाः जनसामान्य स्फोट, मिथ्या फुसीकनेश और अपशब्दी चर्मशोथ सिर्फ नवजात शिशुओं में होते हैं; शायक जन्मजात सीफलिस 4 वर्ष की उम्र में प्रकट होता है, जबकि यिलोवित जन्मजात सीफलिस अधिकांशतः 7 वर्ष से 16-18 वर्ष तक प्रकट होता है। अर्जित (acquired) सीफलिस की विशेषताएँ बच्चों में अलग होती हैं।

लेकिन अनेक चर्मरोग ऐसे भी हैं, जिनकी तल्लिक गति बच्चे और बड़े में समान होती है, या बहुत कम भिन्न होती है। इसीलिए इस एक ही पुस्तक के सामान्य थेरापी तथा बालचिकित्सा दोनों ही के छात्रों की आवश्यकताओं को ध्यान में रखा गया है (पहले उनके लिए अलग-अलग पुस्तकें लिखी जाती थीं)। लेखिका यह भी आशा करती है कि प्रस्तुत पुस्तक चर्मरोग चिकित्सा के क्षेत्र में कार्यरत डॉक्टरों के लिये भी उपयोगी सिद्ध होगी।

—डा. डिम्पल शाह



## अनुक्रम

चमड़ी के रोग	9
सामान्य चर्मलोचन	13
चर्म में रक्तापूर्ति	19
चर्मरोगी का परीक्षण	20
बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियां	23
प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा	28
फुंसी, फुंसीक्लेश	35
जुतंक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)	54
कुष्ठ	62
चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गंठिक्लेश)	76
जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग	112
नार्वचर्मक्लेश	120
सामान्य मुंहासा	131
बालों के रोग	138
दुर्दम चर्म-अर्बुद	143
गर्म देशों के कुछ चर्म रोग	146
शब्दावली	149

1850

1850

## चमड़ी के रोग

### चर्मलोचन के विकास की एक ऐतिहासिक रूपरेखा

चर्मलोचन (dermatology) आयुर की एक शाखा है, जिसमें चर्मरोगों और उनकी चिकित्सा का अध्ययन होता है ('लोचन' का अर्थ है दर्शन, ईक्षण, निरीक्षण, अतः अध्ययन भी)। इसकी जड़ें अति प्राचीन काल में भी देखी जा सकती हैं। स्पष्ट रूप से प्रकट होने वाले चर्मरोगों की ओर लोगों का ध्यान बहुत पुराने समय से आकर्षित होता रहा है। इन रोगों के वर्णन विभिन्न देशों के पुराने-से-पुराने लिखित साहित्य में मिल सकते हैं। यथा, 3000-2000 वर्ष ईसा पूर्व के चीनी आयुर-साहित्य के कुष्ठ, मोमिता (मोमी चर्म), खाज, मीनत्व (मीनचर्मता), निर्वर्णकता, दिनाइ, खल्वाटता, फुंसीकलेश, कोलफुंसी, त्वचारुणता और अम्हौरी जैसे रोगों का कमोवेश रूप से सही वर्णन किया गया है। प्राचीन मिस्र की पाइलिपियो में (3000-1000 वर्ष ई. पू.) दिनाइ, कुष्ठ, खाज, कोलफुंसी, कीलस, ठेला आदि रोगों का विस्तृत वर्णन मिलता है। सुश्रुत संहिता (800-400 वर्ष ई. पू.) के अनुसार कुष्ठ, खल्वाटता, ठेला और बिवाई (पादक्षति) भारत में बहुत पुराने जमाने से ज्ञात हैं, उसमें खुजली की 14 दवाएं और पित्ती के 40 से अधिक उपाय वर्णित हैं। ईसा से बहुत पूर्व मूसा रचित ग्रंथों में मोमिता, कुष्ठ तथा अनेक अन्य चर्मरोगों के वर्णन मिलते हैं। बाद में चर्मलोचन विभिन्न देशों में वहां के ज्ञान-विज्ञान और प्रचलित रोगों के अनुसार विकसित होता रहा।

आयुर का महत्वपूर्ण विकास प्राचीन ग्रीस में हुआ। हिप्पोक्रेट (Hippocrates, 460-375 ई. पू.) प्रथम व्यक्ति थे, जिन्होंने आयुर को धार्मिक आचारों से अलग करने की कोशिश की। उन्होंने अनेक चर्मरोगों का वर्णन किया और उन्हें अंतर्जनित तथा वहिर्जनित (endogenous and exogenous) कारणों के आधार पर दो वर्गों में बांटा। उनका सिद्धांत था कि रोग रसों—काले व पीले पित्त, रक्त और कफ के अपसामान्य मिश्रण के कारण होते हैं (अंतर्जनित कारण)। रसों के अपसामान्य मिश्रण का सिद्धांत (रस-सिद्धांत) चर्मलोचन में लंबे समय तक अपना स्थान बनाये रहा। हिप्पोक्रेट ने अनेक ऐसे शब्दों का प्रयोग किया था, जो आज भी प्रचलित हैं—हेर्पेस (विसर्प), लेप्रा (कुष्ठ), आलोपेसिया (खल्वाटता), आफ्थे

स्वनम्रण कासीनामा स्कार ma f iir rir का नाम स १७ ११ का भी प्रयोग करते - यन् ।, एक्थीमा पेनेग्निग आदि ।

रोम के लेखक मन्स (Celsus 25 ई.) ने अपनी पुस्तक De morbis libi oculi ('आँखों में आँसू') में कुछ अन्ध्राय चर्मरोगों का भी वर्णन किया है जैसे—फुंसी, कॉलफुमी, रामकप-कलेश (गोर्नामिस), लम्बाकणता (गोर्नामिस), खजूकलेश (प्सोरिआमिस), नुकीला कन्धक (कांशकामा), रक्तमय श्वान, गन्ध लामतृणत्व (त्रिखोर्फातोसिस) आदि को । वे चर्मरोगों के इलाज में गुण, गर्मी तथा व्यायाम के उपयोग की सलाह देते थे ।

विख्यात फारसी विद्वान् अबु अली अल-हस्यन इब्न सीना (लार्सीनाऊ व नाम आवीसेना, Avicenna) का जन्म 980 में हुआ था, वे कुछ समय तक नख्शान में रहे थे और अरबी में लिखते थे । उन्होंने बुढ़बुदिया, पिनी, कद्, गोनिना-कृमि का वर्णन किया था और श्लीपट तथा कुष्ठ में भेद बताया था । अपनी प्रसिद्ध पुस्तक 'चिकित्सा के नियम' में इब्न-सीना ने चीनी, भारतीय तथा यूनानी चिकित्सा का भी वर्णन नहीं किया है, चिकित्सा के क्षेत्र में उन्होंने मौलिक योगदान भी किया है । उनकी अनेक अपेक्षाएँ और नुस्खें आज भी सही हैं ।

मध्ययुगीन सामन्ती राज में चर्म के रोगरोगों के कारण चर्मलोचन में सभी प्रकृतिविज्ञानों के विकास में एक शिराव आ गया था । सामन्तवाद की युग में अधिक प्रगतिकारी समाज पूंजीवाद के विकास के बाद ही विज्ञान, कला और उद्योग में एक सामान्य प्रगति आरम्भ हुई । यह प्रगति चर्मलोचन के क्षेत्र में भी आयी ।

1571 में इटली के मेर्कुरिआलिस ने चर्मरोगों पर प्रथम पुस्तक (De morbis cutaneus) लिखी । चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन का भी तंजों में विकास होने लगा । मार्सेलो माल्पीगी ने अधिचर्म (epidermis) को भ्रुंगी, श्लेष्मक तथा कांटल परतों में भेद किया, वसीय व स्वेदक ग्रन्थियों तथा रोमकूपों का वर्णन किया और वसीय कोशिकाओं की खोज की ।

18वीं शती के अंत में विण्ना के प्रोफेसर जोसेफ प्लेक ने चर्मलोचन की एक पाठ्यपुस्तक Doctrina de morbis cutaneus (1776) लिखी, जिसमें सभी चर्मरोग 14 वर्गों में बाँटे गये थे । इस वर्गीकरण का आधार रंगों की भिन्नता बाह्य समानताएँ थी; शरीर की सामान्य अवस्था, हेतुलोचनी (aetiologic) तथा अन्य घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया था । चर्मरोगों के अध्ययन में रूपलक्षणता (morphological) चरण के इसी आरम्भ से चर्मलोचन एक स्वतंत्र विज्ञान के रूप में उभरा, जिसकी अपनी विशिष्ट परीक्षण-विधियाँ थी । चर्मलोचन में रूपलक्षणता सिद्धांत का आगे चलकर विकास ब्रिटिश स्कूल की कृतियों में हुआ, जिसके



जान मान प्रान्क गस्ट मिलियम 7 18 और उनके शिष्य थामस बटमन (1778-1821) थे। मिलियम ने ही शब्द 'एक्जेमा' (दिनाइ) प्रस्तावित किया था, जो अब विस्तृत रूप से प्रचलित है, उन्होंने इस रोग का स्पष्ट वर्णन दिया, चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक लिखी, जिस बड़ी मान्यता प्राप्त हुई। बेटमैन ने प्रथम चर्मरोगों का वर्णन तथा चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक प्रकाशित की।

उसी समय फ्रांस में भी चर्मलोचनी स्कूल विकसित होने लगा, इसके प्रवर्तक जॉन आन्वेट (1768-1837) थे। उन्होंने चर्मरोगों का वर्गीकरण एक वृक्ष के रूप में प्रस्तावित किया (तना चर्म था, मुख्य शाखाएँ रोगों की जानिया थी, छोटी शाखाएँ उपजानिया और टहनियाँ उनके प्रकार थी)। उनका विश्वास था कि चर्मरोगों की उत्पत्ति शरीर में सामान्य गड़बड़ियों, विशेष कुमिश्रणों (डिसक्रैजिया, रक्त के कुमिश्रणों), गठनात्मक (constitutional) रोगों तथा पारश्लेषण (diathesis) के कारण होती है। लेकिन इन घटकों का सार एव कारण अस्पष्ट था, उनका गहन अध्ययन नहीं होता था। उस समय फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल के एक अन्य मध्यायी प्रतिनिधि भी थे—अंटेआन बाजी (Antoine Bazin, 1807-1878)। उन्होंने अपनी कृतियों में मूलभूत अवधारणाएँ प्रस्तुत कीं। इन विचारों का सार यह था कि चर्मरोग वास्तविकता में नहीं होता; रोग पूरे शरीर का होता है और त्वचा पर क्षानिया इन रोगों की बाह्य अभिव्यक्ति है (स्तुकोर्वेकोव, 1883)।

इस प्रकार, जिस समय मिलियम तथा बेटमैन द्वारा प्रस्तावित रूपलोचनी (रूप के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण यूरोप में विशेष लोकप्रिय हो रहा था, इसके विरुद्ध फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल का वर्गीकरण आया, जो चर्मरोगों की उत्पत्ति के रस-सिद्धांत पर आधारित था।

फेर्डिनांड फोन हेब्रा (Ferdinand von Hebra, 1816-1880) विना के चर्मलोचनी स्कूल के प्रवर्तक और मुख्य प्रतिनिधि माने जाते हैं। अपने आस्ट्रियाई वर्गीकरण शिष्य कापोजी (Kaposi, 1837-1902) के साथ मिलकर उन्होंने चर्मक्लेशों का रोगो-अनाटोमिक वर्गीकरण प्रस्तुत किया, जो उस समय प्रगतिकारी था और चर्मरोगों के अध्ययन में एक नये चरण का सूचक था। हेब्रा ने चर्मक्लेशों की उत्पत्ति में मुख्य भूमिका बाह्य रासायनिक, भौतिकीय एवं अन्य क्षोभकों (stimuli) की मानी। उन्होंने कुछ रूपलोचनी क्षतियों के अन्य क्षतियों में विकसित होने की प्रक्रिया का अध्ययन किया, जैसे चिल्ली का पिटक में, पिटक का फोडिया में, फोडिया का पीपिका में आदि। हेब्रा और कापोजी ने चर्मलोचन पर पाठ्यपुस्तकें लिखी, चर्मरोगों के एटलस बनाये और नये किस्म के चर्मक्लेशों का वर्णन किया, जिनमें निम्न के नाम आते हैं—बहुरूपी रिसालु सुर्खी (erythema multiforme exudativum), कंडु (prurigo), वर्णकीय चर्मशुष्कता (xeroderma

pigmentosum), केशीय लाल दृसन (polydactylous poliosis) आदि। उन्होंने चर्मरोगों की चिकित्सा की व्यापक विधियाँ को कारगर बनाने में बहुत हाथ नकी। विएना स्कूल की मुख्य गतनी थी—रोगकारक ब्रह्मा ४ आन्तर पर चर्मरोगों के वर्गीकरण के सिद्धांत का अवमूल्याकन।

यहाँ तक चर्मलोचन के विकास का परिणाम यह है कि 19वीं शती के अन्त में और 20वीं शती के आरम्भ में इस विज्ञान की महत्त्वपूर्ण संशोधनपूर्ण प्रगति। सेकड़ों अज्ञात चर्मरोग प्रकाश में आये, उनका अध्ययन एवं वर्णन किया गया, दर्जनों पाठ्यपुस्तकें एवं एटलस प्रकाशित हुए, अलग-अलग चर्मरोगों का भिन्न-भिन्न चर्मलोचनी अस्पताल और तल्पालय खोले गये, आयुर्गी सम्प्रदाय और विश्वविद्यालयों में चर्म रोगों के लिये अलग से विभाग बनाये गये, चर्मलोचनी परीक्षण प्रकाशित होने लगी, वैज्ञानिक चर्मलोचनी समाज संगठित होने लगे आदि-आदि।

सूक्ष्मजीवलोचन की तीव्र प्रगति से चर्मलोचन में हेतुलोचनी विचारधारा विकसित हुई। अनेक खुमीज रोगों के कारक प्रकाश में आये, जैसे—1839 में मोमिता का, 1842 में पर्जीविज रोमकूपशोथ का, 1843 में सूक्ष्मगोचर का 1844 में नरप्रेमी लोमटृणत्व का, 1846 में गुलाबी दृसन का। 1850 में कणिकोल्फुसी और 1873 में कुष्ठ के कारक ज्ञात हुए। स्त्रैणोकोक और स्त्रैणोकोक 1880-1884 में वर्णित हुए, यक्ष्माकारि बसिल 1882 में, प्रथम निम्ब्यंदा ब्रह्म 1892 में, गोकोकोक 1879 में, त्रेपोनेमा पालीड्रम 1905 में आदि। इन खोजों की सहायता से रोगों का हेतुलोचनी (कारण के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण संभव हुआ। जल्द ही यह भी ज्ञात हो गया कि शरीर में जीवाणु की उपस्थिति का यह अर्थ नहीं होता कि रोग होगा ही, इसके अतिरिक्त यह भी पता चला कि एक ही जीवाणु अलग-अलग लोगों में एक ही रोग को विभिन्न रूपों में उत्पन्न कर सकता है। रोग का विकास प्रेरित करने वाले प्रवणकारी घटकों (predisposing factors) का गभीरता के साथ अध्ययन होने लगा। और इस तरह चर्मलोचन में रोगजनन के अध्ययन की प्रवृत्ति को महत्ता मिली।

रूसी चर्मलोचको (अ. पलतेव्जोव, अ. पम्पेलोव, पा. निकोल्स्की तथा अन्य) ने आयुर् और विशेषकर चर्मलोचन में रोगजनन (pathogenesis) के अध्ययन की प्रवृत्ति के विकास में बहुत बड़ा योगदान किया है। चर्मक्लेशों के विकास में पनपू (vegetative) नर्वतंत्र की भूमिका का गहरा अध्ययन होने लगा। परोजन (allergy, शरीर की परिवर्तित संवेदिता या संवेदनशीलता) की छानबीन भी आगे बढ़ी—आर्थस-पिरक्वे (Arthus pirquet), याडासोह्न (Jadassohn) जुल्डसवेगेर आदि की कृतियों में। चर्मरोगों की उत्पत्ति और उनके कारणों पर अंतर्सावी (endocrine) क्रियाओं तथा अन्य घटकों के प्रभाव का अन्वीक्षण होने लगा।

## सामान्य चर्मलोचन

आदमी का स्वास्थ्य, शरीर में नार्विक (nervous), अंतःस्रावी (endocrine), हृत्कुम्भिक (cardiovascular) तथा अन्य तंत्रों की कार्यशीलता, द्रव्य-विनिमय की सक्रियता और प्रवृत्ति आदि अनेक घटक प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से चर्म की भी अवस्था तथा कार्य पर असर डालते हैं।

पूरे शरीर की एक अखंड इकाई के रूप में सक्रियता और चर्म के बीच एक प्रत्यक्ष निर्भरता पायी जाती है। चर्मलोचन का अध्ययन चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन से शुरू करत वक्त इस बात पर जरूर जोर देना चाहिये कि चर्म शरीर का एक अभिन्न अंग है और शरीर के अन्य कार्यों के साथ घनिष्ठ संबंध रखता है।

### चर्म की अनाटोमी और ऊतलोचन

चर्म-अनाटोमी (skin anatomy). आदमी का चर्म (चमड़ी, cutis) उसके शरीर का बाहरी आवरण है, वह शरीर के प्राकृतिक छेदों—मुँह, नाक, मूत्र-जननेंद्रिय और गुदा के पास पहुँचकर श्लेष्मल झिल्ली (mucous membrane) के साथ मिल जाता है। वयस्कों में चर्म की सतह 1.5 से 2m<sup>2</sup> तक होती है, जबकि मोटाई (अधोचर्म वसा (subcutaneous fat) को छोड़कर) मिलीमीटर के कुछ अंशों से लेकर (पलक और बाह्य श्रवण-मार्ग पर) 4mm तक (हथेलियों और तलवों पर) होती है। अधोचर्म वसा की भी मोटाई जगह-जगह पर काफी भिन्न होती है। कुछ जगहों पर वह होती ही नहीं है और कुछ जगहों पर (जैसे मोटे आदमी के पेट और नितंबों पर) उसकी मोटाई कई सेंटीमीटर तक पहुँच सकती है। वयस्क में अकेले चर्म का द्रव्यमान (mass) पूरे शरीर के द्रव्यमान का लगभग 5 प्रतिशत अंश होता है, जबकि अधोचर्म वसा के साथ करीब 16 से 17.7 प्रतिशत होता है।

चर्म की सतह (त्वचा) पर अनेक खाँचे (खात, खातिकाएँ), सलवटें और अवनमन (गड्ढे) पाये जाते हैं, वह तीकोण और रोबवत (rhomboid) क्षेत्रों के एक जटिल क्रम (चटाई) के रूप में दिखती है। चेहरे की झुर्रियाँ, हथेली, तलवे और फोते (अंडकोष) की सलवटें चर्म पर स्थूल खातिकाएँ हैं। हथेली और तलवे पर एक-दूसरे के चलने वाली मेडे और खातिकाएँ तरह-तरह की आकृतियाँ

बनाता है, इनका समूह त्वचा रोगों में अत्यंत आम है। इन रोगों का पहचानने के लिये एक विशेषज्ञ की सहायता से या त्वचा के रंग में रक्त दृश्य या हाइड्रोलायसिस में इसी का उपयोग होता है।

त्वचा की ऊपरी अणु चर्म में बनाने वाली कोशिकाएँ (epithelial cells) विशिष्ट रंग बनाती हैं, जो इस त्वचा के रंग को बनाती हैं। त्वचा की मोटाई चर्म के मोतार त्वचा में होती है। इसकी मोटाई (epithelial thickness) में मेनोपॉज नामक वर्णक की उपस्थिति पर निर्भर करता है। चर्म की रंग बदल सकता है, क्योंकि चर्म में उपस्थित वर्णक की मात्रा बढ़ या कम हो सकती है प्रभाव से बदलती-घटती रहती है।

त्वचा का अधिकांश क्षेत्र बालों (नामां) से आच्छादित रहता है। त्वचा के क्षेत्र निम्न हैं—होठ (सिंदूरी सीमा, vermillion border), त्वचा के बीच (उगलियों समेत), लिंगुला (glans penis), बृहत् भगोष्ठ की ओर मध्य भगोष्ठ (large and small pudendal lips)।

त्वचा में मुश्किल से दिखने वाले रंग होते हैं, जो त्वचा के रंग को बनाती हैं। ग्रंथियों (sebaceous glands) के द्वारा है। कुछ बीमारियों में (जैसे चर्म रोग seborrhoea में) ये रंग नंगी आंखों से भी दिखने लगते हैं।

उगलियों के अंतिम खंडों की पृष्ठ सतह पर नख होते हैं।

चर्म का ऊतकोचन (skin histology) भवतुल्य (ontogenesis) में चर्म दो अकुरुदायी स्थलों से विकसित होता है—

(1) बाह्य भ्रूणचर्म, जिसे बहिर्चर्म (ectoderm), बहिर्भ्रूण (ectoblast) या अधिभ्रूण (epiblast) कहते हैं; यह अधिचर्म में परिणत होता है।

(2) मध्य भ्रूणचर्म (mesoderm) या मध्यभ्रूण (mesoblast), जिसमें त्वचा की दो परतें विकसित होती हैं—सुचर्म (वास्तविक चर्म, dermis) या मध्य परत और अधोचर्म वसा या अवचर्म (सबसे गहरी चर्म-परत)।

अधिचर्म और सुचर्म के बीच की सीमा (काट या अनकट्टे पर) लहरदार रेखा के रूप में होती है, क्योंकि सुचर्म की सतह पर विशेष प्रकार के स्तम्भाकार उभार (चुचिकाएँ या पिटिकाएँ, papillae) बने रहते हैं, जिनके बीच का अवकाश उपकलीय प्रवर्धों (epithelial processes) से भरा रहता है।

## अधिचर्म

अधिचर्म (epidermis) चर्म की सबसे बाहरी परत है; यह पट्टिलित (stratified) उपकला या पपडी (epithelium) है, जो शृंगीभवन (keratinisation) की प्रक्रिया में उत्पन्न होती है। अधिचर्म स्वयं भी पाच परतों से बनी होती है -



सामान्य चर्म का ऊतलोचन (आरेख)

चर्म 3 अवचर्म बसा- 4 वषाल ग्रन्थि- 5 लोमकूप (पशिका) 6 स्वेद ग्रन्थि

(1) आधारीय या अंकुरक परत, (2) ऊपर की परत, (3) कणमय परत, (4) स्वच्छ परत, (5) शृंगी परत। हथेली और तनव पर ये परतें अधिक स्पष्ट हैं, और वक्ष और हाथ-पैर की आकोचनी सतहों (जहाँ वे अंग मुड़ते हैं, अंग की सतह, (flexor surfaces)) पर स्वच्छ परत अनप्राप्त होती है, लेकिन इन क्षेत्रों में कणमय परत कोशिकाओं की इकट्टरी कतार से बनी होती है, जो कभी-कभी स्पष्ट भी होती है।

अधिचर्म में नर्व-सिराए (nerve endings) भनक होती हैं लेकिन रक्तवाहक कुभियाँ एक भी नहीं, कोशिकाओं का पोषण अंतराकोशिकीय शिर्षकों से वाहक आती लसीका (lymph) द्वारा होता है।

आधारीय या अंकुरक परत (stratum basale or germinativum) अधिचर्म की सबसे भीतरी (गहरी) परत है और सीधे सुचर्म पर टिकी होती है। यह बल्लाकार कोशिकाओं की इकट्टरी परत से बनी होती है; इन कोशिकाओं के बीच झिरीनुमा स्थान (अवकाश) अंतराकोशिकीय सेतु कहलाता है। बड़े बड़े गोल या अंडाकार नाभिक अधिकांशतः इन कोशिकाओं के ऊपरी भाग में ही दिखते हैं, जो खोमातिन (chromatin) से काफी समृद्ध होते हैं और इससे गहरे रंगे होते हैं। यही कारण है कि वे ऊपरी परत की कोशिका नाभिकों की तुलना में अधिक काले नजर आते हैं।

अंकुरक परत में बल्लाकार कोशिकाओं के अतिरिक्त कहीं-कहीं पर एक विशेष प्रकार की विशाखनरत (द्रुमाकार या वृक्षाकार, dendritic) कोशिकाओं में भी होती है, जिनका नाभिक नन्हा व काला होता है और प्रोटोप्लाज्म (आदिस्त्व, आदिद्रव्य) बहुत हल्का होता है। इन कोशिकाओं के मुख्य कार्य बल्लाकार कोशिकाओं के ही स्तर पर होते हैं, लेकिन इनकी बहुसंख्य शाखाएँ पड़ोसी कोशिकाओं को जकड़े रहती हैं और ऊपरी परत में कोशिकाओं के बीच-बीच विधी रहती हैं।

कार्य की दृष्टि से अंकुरक परत की कोशिकाओं में दो विशेषताएँ हैं। एक तो वे परिचर्म के मुख्य अंकुरनशील तत्त्व-एधक (cambrium) हैं जिनसे अधिचर्म की सभी ऊपरी परतों की कोशिकाएँ बनती (पनपती) हैं। आधारीय झिल्ली पर उदग्र खड़ी बल्लाकार कोशिकाओं का विभाजन सूत्रण (mitosis) से होता है। (सूत्रण या सूत्री विभाजन (mitotic division) कोशिका का सामान्य विभाजन, जिसमें रज्यकायो (chromosomes) का लंबाई के सहारे टूटना, उनके जोड़ बनना तथा संतान-कोशिकाओं में जोड़ों का समान संख्या में वितरित होना आदि चरण आते हैं।—अनु.)। दूसरे, अंकुरक परत की कोशिकाओं के प्रोटोप्लाज्म में विभिन्न आकार वाली भूरी गुलिकाओं के रूप में एक वर्णक मेलानिन उपस्थित

रहता है। अब यह माना जाता है कि वर्णक बनने का काम सिर्फ आधारीय परत की द्रुमाकार कोशिकाओं में होता है, जो सही मायने में मेलानो-कोशिकाएँ (melanocytes) हैं। अंदाज लगाया गया है कि  $1\text{mm}^2$  क्षेत्र में औसतन 1155 मेलानो-कोशिकाएँ होती हैं। यह भी निर्धारित किया गया है कि काली चमड़ी में मेलानो-कोशिकाओं की संख्या गौरी चमड़ी से अधिक नहीं होती और त्वचा पर गाढ़े रंग के धब्बे वाले स्थान पर मेलानो-कोशिकाओं की संख्या आस-पास की त्वचा की तुलना में 28 6 से 44 5 प्रतिशत ही होती है। इसीलिए अब सर्वमान्य है कि त्वचा की वर्णकता मेलानो-कोशिकाओं की संख्या पर नहीं, उनकी कार्य-क्षमता पर निर्भर करती है। मेलानिन मेलानो-कोशिका के साइटोप्लाज्म (cytoplasm—कोशिकाद्रव्य) में तीरोजीन (tyrosine) के आक्सीकरण से प्राप्त उत्पादों के बहुलकन से बनता है, पूरी प्रक्रिया तीरोजीनाज (tyrosinase) नामक खमीर (ferment) के प्रभाव में चलती है, जिसकी सक्रियता ताप-आयनों की उपस्थिति पर निर्भर करती है। अंतर्जातीय ग्रंथियों का कार्य भी वर्णक बनने की क्रिया पर सक्रिय प्रभाव डालता है। अनुकंपी नर्वो (sympathetic nerves) का क्षोभ (या उत्तेजन, stimulation) वर्णक बनने की क्रिया को दमित करता है, लेकिन परावैगनी किरणें, आयनक विकिरण और कुछ रासायनिक द्रव्य इस प्रोत्साहित करते हैं। विटामिन, विशेषकर विटामिन C, वर्णक के बनने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

कांटल परत (stratum spinosum) अंकुरक परत पर होती है; इसकी मोटाई में कोशिकाओं की 5 से 10 कतारें होती हैं, जो परत के गहरे भागों में घनवत् (cuboid) होती हैं, पर ऊपर कणमय परत की ओर चपटी होती जाती है। कांटल परत की कोशिकाएँ काटों की तरह उभरी होती हैं और अंकुरक परत की कोशिकाओं के समान ही अंतराकोशिकीय सेतुओं से जुड़ी होती हैं, वे एक-दूसरी को प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों द्वारा छूती रहती हैं। इन कोशिकाओं के नाभिक गोल व बड़े होते हैं और उनमें एक या दो केंद्रिकाएँ (जर्मन डॉक्टर Th Langhan, 1839-1915 के नाम ज्ञात कोशिकाएँ) दिखायी जा सकती हैं (स्वर्ण-रंजित करने पर)। इनके नाभिक मुश्किल से रंजित होते हैं और इनसे अनेक विशाखित प्रवर्ध निकलते हैं, जो अन्य कोशिकाओं के बीच फैले रहते हैं। इन कोशिकाओं में वर्णक नहीं होता, और ये हमेशा अंकुरक परत से ऊपर स्थित होती हैं। लागहान-कोशिकाओं की प्रकृति अभी ज्ञात नहीं हुई है। कुछ विशेषज्ञ इन्हें नर्व-मूल का मानते हैं, कुछ इन्हें 'प्रवासी' श्वेतकोशिका (leucocytes) कहते हैं, कुछ मध्यस्रवामूल (mesenchyma origin) का कहते हैं और कुछ इन्हें वर्णकहीन द्रुमाकार कोशिकाएँ मानते हैं। (मध्यस्रवा भ्रूण-पिंड के प्राथमिक कोटर में अंगों व ऊतकों के अधिक

घने अंकुरा के बीच का स्थान ढील ढाल रूप में भग्न वाली मांशिक जो भी रहती है, जो रक्त-काशिकाओं और अस्थीय एवं चिकने पेशीय ऊतकों को रक्त प्रवाह है।—अनु.) काटल परत की कोशिकाओं में तानुमानकता (tonotonicity) भी पायी गयी है। ये कोशिका-द्रव्य में जाती हैं और एक कोशिका से दूसरी कोशिका तक फैली नहीं रहती, प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों में भी सामान्य नहीं जाती हैं। अंकुर परत की बल्लाकार कोशिकाओं के कोशिका द्रव्य में वे कम स्पष्ट दिखती हैं। जैसे-जैसे हम ऊपरी परत कणमय परत की ओर बढ़ते हैं, काटल परत की कोशिकाएं चपटी तथा अधिचर्म की सतह के समानान्तर बनी जाती जाती हैं और ऊपरी परत के साथ कोई स्पष्ट सीमा बनाये बिना उममें मिल जाती हैं।

कणमय परत (stratum granulosum) की मोटाई में (अधिचर्म के समानांतर) कोशिकाओं की एक या दो कतारें होती हैं (हथेली व तलवों पर चार तक होती हैं), इनके नाभिक क्रमशः छोटे होते जाते हैं और प्रोटोप्लाज्म में मध्य रंग से गाढ़ा रजित असख्य कण दिखने लगते हैं। कुछ विशेषज्ञ इन कणों को नाभिकीय अवजनन (degeneration) का उत्पाद मानते हैं, अन्य मानते हैं कि ये तलिकाओं के टुकड़े-टुकड़े होने से बनते हैं। पहले यह विश्वास किया जाता था कि ये कण एक विशेष द्रव्य कैराटोहिआलिन (keratohyalin - शृंगीकाच) से बनते हैं, पर बाद में पता चला कि यह द्रव्य न तो शृंगी है, न काँचर ही, सरसना के अनुसार यह DNA से संबंधित है। 'शृंगीकाच' कणों की अपर्याप्त अध्ययन कोशिकाओं के शृंगीभवन (keratinisation) का प्रथम दृश्य चरण है।

अधिचर्म की अंकुरक, काटल तथा कणमय परतों को अक्सर एक नाम - मालपीगी-परत से पुकारते हैं (M Malpighi, 1628-1694; इतालवी अनोटोमक)।

स्वच्छ परत (stratum lucidum) कणमय परत पर स्थित होती है; यह लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है, जिनमें प्रकाश को बहुत अधिक अपवर्तित करने वाला एक विशेष प्रोटीन-द्रव्य होता है। यह द्रव्य तेल की वृद्ध से मिलता-जुलता है, अतः इसे एलेइडिन कहते हैं (eleidin; ग्रीक elei=जैतून से)। मुख्य अवयव एलेइडिन के अतिरिक्त स्वच्छ परत में ग्लाइकोजन (glycogen) तथा कुछ वसीय द्रव्य भी होते हैं, जैसे—लिपिड (lipoids), ओलेइक अम्ल (oleic acid)।

सामान्य रजन-विधियों (staining methods) के उपयोग से मोटी उपकलीय परत वाले चर्म-क्षेत्रों (जैसे हथेलियों और तलवों) की स्वच्छ परत एक रंगहीन धारी के रूप में दिखती है। कुछ रोगलोचनी प्रक्रियाओं (मीनत्व, रूध्रशृंगिता) में भी वह स्पष्ट दिखने लगती है। यह विचार अब प्रमाणित हो चुका है कि पानी और विद्युविश्लेषकों के लिये अधिचर्म की अभेद्यता स्वच्छ परत से ही संबंधित



हे—इसमें भी दो उप-परतें हैं; ऊपरी परत अम्लीय प्रतिक्रिया करती है और निचली क्षारीय (alkaline)। इस प्रकार स्वच्छ परत अधिचर्म की बहुत जटिल परत है।

**शृंगी परत (stratum corneum)** अधिचर्म की सबसे ऊपरी परत है। यह बाह्य परिवेश के प्रत्यक्ष संपर्क में आती है और अनेक प्रकार के बाह्य घटकों का प्रतिरोध कर सकती है। यह सूक्ष्म, अनाभिकीत, शृंगीभूत व लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है। वे एक-दूसरी के साथ मजबूती से जुड़ी होती हैं और एक शृंगी द्रव्य (केराटिन, keratin) से भरी होती है, जिसकी रासायनिक संरचना अभी तक पूरी तरह निर्धारित नहीं हुई है। माना जाता है कि यह कोई अल्ब्यूनोइड (albumoid) द्रव्य है, जिसमें पानी कम और गंधक अधिक होता है, इसमें बसाए और पोलीसाखारीय भी पाये जाते हैं।

शृंगी परत का बाहरी भाग कम घना होता है, उसके मुख्य भाग से कभी-कभी और कहीं-कहीं पतली परत-सी अलग होती रहती है। इस प्रक्रिया को शरीरलोचनी विशल्कन (desquamation) कहते हैं। शृंगी परत की मोटाई चर्म में सर्वत्र समान नहीं है, वह हथेली व तलवे पर विशेष मोटी होती है और पलकों तथा बाह्य पुरुष-जनेद्रिय पर बहुत पतली होती है।

## चर्म में रक्तापूर्ति

चर्म-ऊतकों में रक्त की आपूर्ति रक्तवाही कुभियों के कई जालों के सहारे होती है। बड़ी धमनीय कुभियाँ पट्टिका से अधोचर्म बसा में फैलती हैं और नन्ही शाखाओं के बटकर चर्बिल लुडिकाओं तक पहुँचती हैं। सुचर्म और अवचर्म की सीमा पर वे ऐसी शाखाओं में बंटकर क्षैतिज रूप से फैलती हैं, जो पुनः उन्हें आपस में मिलाती हैं (anastomose—दो कुभियों, नलियों का आपस में शाखाओं द्वारा मिलना, शाख-संगम)। चर्म में गहरा धमनीय गुंफ (जाला, बुनावट, plexus) उत्पन्न होता है, जिससे निकली हुई शाखाएँ स्वेद-ग्रंथियों की कुडलियों, लोमकूपों और चर्बिल लुडिकाओं का पोषण करती हैं। इसके अतिरिक्त, गहरी धमनीय गुंफ से पर्याप्त बड़ी धमनियाँ भी फूटती हैं, जो अवपिटिकामय (subpapillary) परत में पहुँचती हैं और वहाँ सतही अवपिटिकामय धमनीय गुंफ बुनती हैं। इससे निकलने वाली नन्ही धमनीय शाखाएँ पेशियों, वृणाल ग्रंथियों, स्वेद-ग्रंथियों और लोमकूपों का पोषण करती हैं।

अवपिटिकामय गुंफ से ऐसी भी नन्ही धमनियाँ निकलती हैं, जो आपस में नहीं मिलती हैं (और इसीलिये वे अन्त्य धमनियाँ कहलाती हैं), ये कुछ दूर तक अधिचर्म के समानांतर जाकर कोशिकाओं (capillaries) में परिणत हो जाती हैं,

जो पिटिकाओं में पहुँचकर उन्हें पाश बनानी है। ये पाश क्रमशः शिरीय कोशिकाओं के पाशों में परिणत हो जाते हैं। शिरीय कोशिकाएँ क्रमशः कोशिकाओं में कम चाँदी होती हैं।

पिटिकाओं, वृषाल ग्रन्थियों, स्त्रुट-ग्रन्थियों की निकाल-नलियाँ, नामकपो और पेशियों से निकलकर शिरीय कोशिकाएँ आपस में मिलती जाती हैं और प्रथम सतही अर्वापटिकामय शिरीय गुंफ तैयार करती हैं। अर्धोन्मूलन प्रमा तक के क्षेत्र में चार शिरीय गुंफ हैं। चौथे गुंफ से निकली शिरीय अर्धचर्म से गुजरती है और अधोचर्म (चर्म से नीचे की) शिराओं से मिल जाती है।

अर्धचर्म में रक्तकुम्भिया (blood vessels) नहीं होती।

रक्तकुम्भियों का सबसे शक्तिशाली जाल बहरे, हथेलियों, होंठों की चमड़ी में और गुदा के गिर्द चर्म में होता है।

## चर्मरोगी का परीक्षण

चर्म रोग से ग्रस्त व्यक्ति के परीक्षण की रीति किसी अन्य (जैसे आन्तरिक रोग) रोगी के परीक्षण की रीति में भिन्न होती है, उसकी अपनी विशेषताएँ होती हैं। चर्मलोचक अग्रज रोगी से पूछता है कि उसे क्या शिकायत है और उस आयु में सलाह की आवश्यकता क्यों पड़ी है। यदि रोगी बताता है कि उसकी त्वचा या श्लोष्मला पर स्फोट (दाने) निकल आये हैं, तो डॉक्टर ग्रस्त क्षेत्र को दिखाने के लिये कहता है। इसीलिये चर्मलोचक के चिकित्सानुशीलन में (विशेषकर अनावामी तन्पालय की परिस्थितियों में) परीक्षण करते वक़्त दृश्य-निरीक्षण को ही प्राथमिकता दी जाती है, रोगी के आयुरी इतिहास से संबंधित तथ्यों के संग्रह, उसकी आयु और जीविका के विश्लेषण को बाद में महत्त्व दिया जाता है। इसका रहस्य क्या है।

यह चर्मलोचन का क-ख है, जिसकी सहायता से रोगी के चर्म पर निदान को पढ़ा जा सकता है। जब कोई चर्मक्लेश स्पष्ट रूप से अभिव्यक्त रहता है और किसी अतिरिक्त परीक्षण-रीति की आवश्यकता नहीं रह जाती, तब डॉक्टर निदान करता है। लेकिन इसके बाद भी वह आयुरी इतिहास के तथ्य संग्रह करता रहता है, जिससे उसे रोगी के जीवन और कार्य की परिस्थितियों के विषय में जानकारी मिलती है; वह रोगी के आन्तर अंगों व नर्वतंत्र की अवस्था तथा अन्य तथ्यों का भी अध्ययन करता है। इन बातों से उसे विवेकसंगत चिकित्सा सुझाने और रोग-पुनरावर्तन के विरुद्ध कदम उठाने में सहायता मिलती है। डॉक्टर जितना ही सक्षम होगा, जितना ही समृद्ध उसका तल्पिक अनुभव होगा, जितनी ही उसकी दृश्य-स्मृति विकसित होगी, उतनी ही सरलता के साथ वह स्फोट की प्रकृति

(रूपलोचनी क्षतियों का रूप, शरीर पर उनका वितरण, स्थिति, आकृति, परिरेखा परिसर, सतह, उनके सबध, उनके घनापन आदि) के आधार पर रोग का निदान कर सकेगा। विशिष्ट प्रवाह वाले सभी चर्मवल्ेशो के तल्पिक चित्रो की सूची यह देना सम्भव नही है, अतः हम लोग उदाहरण के लिये सिर्फ कुछेक चर्म एव रत्तिज रोगों के नाम बताएंगे, जिनका तल्पिक निदान उनकी बाह्य अभिव्यक्ति मात्र से ही अपेक्षाकृत सरल हो जाता है।

फुसी, कोलफुसी, स्वेदग्रथिशोथ, सामान्य एक्थीमा, बहुरंगी बुसन, ललौंसी, पाद-कीट (tinea pedis), वलय-कृमि, मोमिता का शल्की रूप, बुदबुदियानुमा शैवाक, कटिबधक विसर्प, ललामक्लेश, कठचर्मता, दिनाई, पित्ती, खजूक्लेश, चौरस शैवाक, कठव्रण, द्वितीयक सीफीलिसी अवधि का विस्तृत कडार्ब आदि अनेक चर्म रोग है, जिनका प्रवाह 'क्लासिकल' रूप में होता है, इनका निदान अनुभवशील डॉक्टर सरलतापूर्वक कर सकता है। फिर भी कुछ स्थितियों में दृश्य-निदान कठिन होता है, क्योंकि अनेक चर्मवल्ेशो में रूपलोचनी समानताएँ दृष्टिगोचर होती हैं और 'क्लासिकल' चर्मवल्ेशों के तल्पिक चित्र तथा प्रवाह में भी अक्सर ऐसे लक्षण अवलोकित होते हैं, जो उनके लिये विशिष्ट नहीं होते (अविशिष्ट लक्षण, atypical features)। ऐसी स्थितियों में, जब स्फोट के रूप से और यहाँ तक कि अन्य सहायक परीक्षण-विधियों (परिस्पर्शन, पारदर्शन, स्फोटित क्षति के खुरचन आदि) से भी निदान में सफलता नहीं मिलती, तब डॉक्टर को रोगी का आयु-वृत्त अधिक सविस्तार जमा करना चाहिए और उसकी शिकायती को अधिक स्पष्ट करना चाहिए। आवश्यकतानुसार उसे आंतर अंगों और नर्वतंत्र का परीक्षण करना चाहिए (जरूरत पड़ने पर अन्य विशेषज्ञों के साथ मिलकर, रक्त व मूत्र का रूपलोचनी अवयवानुपात निर्धारित करने के लिए परीक्षण करना चाहिए तथा अन्य सामान्य एव विशेष चर्मलोचनी परीक्षण करने चाहिए जैसे विओप्टिक सामग्रियों का गदोलोचनी परीक्षण, कवको की उपस्थित की जाच, त्रेपोनेमा पालीदुम, गोनोकोकस, मीकोबाक्तेरिउम तुवेरकुलोसिस, मीकोबाक्तेरिउम लेप्रे तथा कटलयक कोशिकाओं की जाच, सीरमलोचनी रक्त-परीक्षण, इमूनोपरोर्जिक परीक्षण आदि) ताकि निर्णायक निदान किया जा सके और रोग की हेतुलोचनी व गदजनक विशेषताएँ निर्धारित की जा सकें।

नीचे एक चर्मलोचनी रोगी के परीक्षणों का आरेख प्रस्तुत किया जा रहा है।

चर्म रोग के निदान में सावधानीपूर्वक संगृहित आयु-वृत्त (medical history) का महत्त्व बहुत अधिक है। उदाहरणार्थ, यदि किसी वृत्तिज रोग की आशका हो, तो रोगी के काम की प्रकृति का ज्ञान होना आवश्यक है—बूचडखाने तथा खाद्य-संरक्षक कारखाने में काम करने वालों को अक्सर चर्मशोणवन्ता होती है,

कच्चे मांस (विशेषकर मत्स्य के मांस) और मसूरिया सब्जियों-फल-सब्जियों का भी यही बात है। ग्वानो (दूध दूधन वाला) का गन्ध गन्धक है। पर नमक और चमकारों को सिवरीय ब्रण होता है, पशु कर्षा है, माउन्स तथा कन्सर्वेशन पशुओं की देखभाल करने वालों को कन्सर्व (glanders) होता है, मसूर-फाँस चर्मरोग मल (toxic melanoderma) उन नामों का होता है, 17-18 अक्षर गन्धकालीन (तल-परिष्करण, गेस आदि के उत्पादन) के मध्य में काम करने वाला होता है। यदि चर्म लेइशमानता, कुष्ठ, फ्लेबोतोम रोग (phlebotomiasis) या किसी अन्य चर्मविक्षेप की आशंका हो, तो यह पता करना चाहिए कि रोगी किसी ऐसे देश में तो नहीं रहा है (अल्पकाल के लिये भी) जहाँ वे रोग अवलोकित होत हैं (उदाहरणार्थ, मध्य एशिया या काकेशस में, यदि लेइशमानता की आशंका है, मयूर-कवकता, उष्णकटिबंधीय त्रिपोनेमा-विक्षेप आदि की आशंका होने पर रोग जलवायु वाले देशों में)। यदि रोगी मूत्रमार्ग से स्त्राव और जननाश पर अप्रसक्त व व्रणित क्षतियों की उत्पत्ति की शिकायत करता है, तो निदान के लिये पिछले सांयोगिक यौन ससर्गों के समय का ज्ञान महत्त्वपूर्ण होता है।

मौसमी प्रकृति के चर्मरोगों का निदान अक्सर सरल होता है। उदाहरणार्थ, वसंत व पतझड़ (शरद) ऋतुओं में बहुसंख्य रोगालु ललामी गुलाबी बुसन, धारित ललामी व कटिबंधक विसर्प का विशेष कोष रहता है। प्रवाश-चर्मरोगों, ललाम-रोग, फ्लेबोतोम-रोग, शाद्वल चर्मशोथ, उग्र अधिचर्म तुल्य आदि के रोगी नाइटिंग सलाह के लिये पहली बार वसंत या गर्मी में आते हैं, शातशोथ के रोगी मौसम और ठंडभरे मौसम में शिकायत करते हैं।

कभी-कभी निदान में इस बात से भी सहायता मिलती है कि कुछ चर्मविक्षेप पुनरावर्ती होते हैं (दिनाइ, खर्जुविक्षेप, पादकीट, रोगालु ललामी, इयूगिंग चर्मशोथ, सरल विसर्प आदि), या इसके विपरीत, कुछ में पुनरावर्तन की प्रवृत्ति नहीं होती है (गहन कीट, गुलाबी बुसन, कटिबंधक विसर्प आदि)।

औषधज स्फोट की शंका होने पर रोगवृत्त और भी अधिक महत्त्वपूर्ण हो जाता है—रोगी ही बताता है कि किसी नियत दवा को मुँह (या किसी अन्य मार्ग) से ग्रहण करने पर स्फोट पुनः प्रकट हो जाते हैं। यदि उसने इस तरह के सबंध अवलोकित नहीं किये हैं, तो भी स्फोट की औषधजता को एकदम से नकारा नहीं जा सकता। सावधानीपूर्वक सगृहीत आयुर्वृत्त से स्पष्ट किया जा सकता है कि स्फोट तभी पुनरावर्तित होता है, जब रोगी चौकलेट, स्ट्राबेरी, चिगट (lobster) या कोई फल खाता है, जो इनके प्रति अति संवेदनशील व्यक्तियों में चर्मगर्भता, पित्ती आदि सप्रेरित करता है। यदि परीक्षण के समय रोगी के यक्ष्मा, सीफीलिस आदि रोगों, यकृत-जठरांत्र-मार्ग व रक्त की बीमारियों अथवा नर्वतंत्र अंतर्धर्मी

ग्रन्थों की गड़बड़ों का वृत्तांत ज्ञात हो या यह पता हो कि रोगी इनमें से किसी बीमारी से ग्रस्त है, तो निदान में सहायता मिलती है।

रोगी से पूछताछ करने पर कभी-कभी रोग की खानदानी प्रकृति स्पष्ट होती है, जिसके आधार पर खाज, चर्मकवकता, आनुवंशिक व जन्मजात चर्मक्लेशों (शृंगीक्लेशों के कतिपय रूपों, डारिया रोग आदि) का निदान किया जा सकता है। खुजली की उपस्थिति (या अनुपस्थिति), तीव्रता, स्थल तथा उग्रता-काल (दिन में या रात में उग्र होता है ?) से संबंधित सूचनाएँ भी प्राप्त की जाती हैं।

यह भी ध्यान में रखना चाहिए कि कुछ रोग सिर्फ पुरुषों या सिर्फ स्त्रियों को होते हैं। उदाहरणार्थ, पर्विका-कडु, चिरकालिक लोमतृणत्व, क्रमिक कठचर्मता और पार्श्विक ललामी ज्यादातर स्त्रियों में पायी जाती है, जबकि गुठल नाक, गुल्मवत मुहासा आदि अक्सर पुरुषों को होते हैं।

स्वाभाविकल आयु-वृत्त में निम्न विषयों से संबंधित विल्कुल सही सूचनाएँ सन्निहित होनी चाहिए—रोग के प्रथम (वाह्य) लक्षण कब प्रकट हुए, उनका स्थान व जीवन-काल, उनमें कैसे-कैसे परिवर्तन हुए हैं (प्रक्रिया की प्रकृति), बारंबारता, पुनरावर्तन और उपशमन (शैथिल्य या विमोचन) की अवधि (यदि ऐसा होता है), भोजन (पथ्य) और विगत चिकित्सा पर स्फोट की निर्भरता, चिकित्सा का कारगरता (effectiveness)।

चर्मलोचनी रोगी से रोगवृत्त से संबंधित जीवन-वृत्त की पूछताछ वैसी ही होती है, जैसी आंतर रोगों के तत्पालय में।

रोगी के परीक्षण में अगला कदम है—उसकी सामान्य अवस्था और अलग-अलग अंगों व शरीर तंत्रों (body systems) की अवस्था का वर्णन।

## बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियाँ

चर्मरोगों की चिकित्सा में भौतिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग है। उनका प्रभाव भौतिकीय कारक के उपयोग-स्थल द्वारा निर्धारित होता है, इसके अतिरिक्त इसे खुराक-बंधित उपयोग का पूरे शरीर के कार्य पर नियामक प्रभाव पड़ता है (यह प्रथम एवं द्वितीय सिग्नल-तंत्र पर प्रतिवर्त-प्रक्रिया द्वारा अभिक्रिया करता है)।

प्रयुक्त भौतिकीय कारक का प्रभाव रोगी को समझा देने पर रोगी के द्वितीय सिग्नल-तंत्र पर इसका विशेष अच्छा प्रभाव पड़ता है।

भौतिकीय घटक (प्राकृतिक और कृत्रिम) नियत परिस्थितियों और उचित खुराकों में प्रयुक्त करने पर वे कोशिका-पोषण को सही करते हैं या शरीर के कार्यों

को उद्घापित करत =

## वैद्युत् थेरापी

चर्मलोचक के चिकित्सानुशान्तिन में निम्न धारा प्रयुक्त होती हैं। धारा का इस उपयोग होता है। गैल्वेनी आर दायेंडिनामिक धारा। निम्न धारा २, ३ और डायथर्मी और पराउच्च-आवृत्तिक धारा प्रत्यावर्ती होती हैं।

गैल्वेनी धारा (Galvanic current, galvanosism) का उपयोग चर्मलोचन में चर्म के पार दवा भेजने के लिये होता है (आयनोटोफोरेसिस या गैल्वेनी आयनन, एलेक्ट्रोफोरेसिस—'विद्युत् से प्रवहन') या स्थिर धारा (विद्युत्चिकित्सा) में प्लेगम के लाल तप्त द्वारा ऊतक के प्रदाहन के लिये होता है।

विद्युत्प्रवहन शरीर में विभिन्न आयनों का प्रवेश सम्भव बनाना है, ये आयन निम्न हो सकते हैं—धातु के, क्षारक के, जैव नीचायन (कैटायन) एवं कचायन (ऐनायन), धातुवर्ती के, अम्लीय मूल के आदि।

चर्मलोचनी प्रैक्टिस में अक्सर प्रयुक्त कारक निम्न हैं—कैल्शियम कार्बाइड का 0.5-2.0 प्रतिशतीय घोल (स्पष्ट शोथी प्रतिक्रिया और खुद की य प्रकाश परोजिक चर्मक्लेशों में), मैग्नेशियम सल्फेट का 2.0-3.0 प्रतिशत घोल (क्षौलक की चिकित्सा और नर्वतंत्र पर शान्तिदायक प्रभाव के लिये), पोट्याशियम या सोडियम आयोडाइड का 0.5-1.0 प्रतिशत घोल (गुल्मवत क्षतांक तथा चिरकालिक शोथ-केन्द्र दूर करने के लिये), सोडियम ब्रोमाइड का 2 प्रतिशत घोल (कर्टियधक विसर्प तथा पीड़ाजनक शोथी-प्रक्रियाओं को दूर करने के लिये), इस्त्रामोल का जल में 1.0 प्रतिशत घोल (चिरकालिक अतस्यदन को शीघ्र विलीन करने के लिये), कॉपर सल्फेट का 1.0 प्रतिशत घोल (फुंसीक्लेश की चिकित्सा के लिये), जिंक सल्फेट का 1.0-2.0 प्रति प्रतिशत घोल (सामान्य मुहासा, फुंसीक्लेश, स्ताफीलोकोक-जनित लोभकूपशोथ, लाइलाज व्रणसतह में)।

डायेडिनामिक धारा भी एक स्थिर विद्युत् धारा है; यह एक साइडल्ट निम्नावृत्तिक ज्यावत धारा है। इस धारा को उत्पन्न करने वाला उपकरण 'डायेडिनामिक' कहलाता है। चर्मलोचन में इसका उपयोग सिर्फ पीडा-शमन और प्रतिकेन्द्रक प्रभाव के लिये होता है (प्रतिवर्त के सहारे)।

डायेथर्मी (पारोष्णन) प्रत्यावर्ती धारा से संबधित है, जिसकी ध्रुवीयता प्रति सेकेंड 3000000 बार बदलती है। विद्यु-चिनगारी वाले डायेथर्मी उपकरण अब प्रयुक्त नहीं होते, उनकी जगह लैपयुक्त डायेथर्मी का उपयोग होता है। इस धारा का उपयोग स्थानीय तौर पर गहरे ऊतकों को गर्म करने के लिये होता है (एक्स-र या तुपारण से उत्पन्न व्रण, क्षतांक, सीमित कठचर्मता-अधिकेन्द्र में) और प्रतिवर्त

द्वारा भी, जिसे खंडीय डायथर्मि के नाम से जाना जाता है (रिनाउड रोग, वसरित कठचर्मता, तलवों और हथेली से अतिस्वेदन आदि में)। सीसे के प्लेटों से बने विद्युत् (electrode) सीधे त्वचा पर लगाये जाते हैं, क्योंकि इस धारा से विद्यु-विश्लेषण नहीं होता और इमीनिये द्रव्य भी नहीं होता। डायथर्मि ऊतकों में तापोत्पादन संप्रेरित करता है। चर्मलोचन में डायथर्मिकोएगुलेशन (पारोष्मस्कंदन) या कर्कोजिक पारोष्मन के उपयोग से ऊतक का नाश प्रोटीन-स्कंदन के फलस्वरूप होता है। सक्रिय विद्युत् की काजकर मतलब बहुत छोटी होती है, जैसे सुई की नोक, गुलिका, नन्हे पाश आदि के रूप में। पारोष्मस्कंदन का उपयोग निम्न को नष्ट करने में होता है—कीलक, पिटिकाब, चर्मरेशार्ब, कुभिक तिल, दूरकुभी-विस्फारण। इसका उपयोग मुहासा की चिकित्सा और गोदना दूर करने में भी होता है; अतिलोम में निर्लोमन के लिये भी।

परावृत्तिक धारा (ultrahigh-frequency current, UHF) 1 से 30 करोड़ प्रति सेकंड आवर्तन वाली प्रत्यावर्ती धारा को कहते हैं; यह विद्युचुंबकीय क्षेत्र उत्पन्न करता है। परावृत्तिक धारा का स्रोत (अर्थात् परात्प तरंगों का जनित्र) सिद्धाततः डायथर्मि-उपकरण जैसा होता है। विद्युत् के रूप में विभिन्न परिमाणों तथा आकृतियों के प्लेट प्रयुक्त होते हैं। विद्युत् त्वचा से जितना ही दूर होते हैं, परावृत्तिक धारा का असर उतना ही गहरा होता है। चर्मलोचन में विद्युत् प्लेट को रोगी चर्म-क्षेत्र के निकट ही रखा जाता है क्योंकि चर्म पर प्रभाव डालना होता है (रोमकूपशोथ, फुंसी, कोलफुंसी, पूयता आदि में)। उपयोग-सूत्र—5 से 10 मिनट।

एक्स-रे और बुक्की-किरणें (Bucky's rays) कुछ समय पहले चर्मलोचन में एक्स-किरणों का विस्तृत उपयोग था, क्योंकि उनकी अभिक्रिया प्रतिशोथी, प्रतिकडुक और विलयकारी होती है। ये निम्न रोगों की चिकित्सा में प्रलिखित होती हैं—नार्वचर्मशोथ, चौरस शौवाक, दिनाइ, सामान्य एवं कैशोर मुहासे, नाक पर लाल कणों की उत्पत्ति, कोंग्लोवाटा मुहासा, स्वेदग्रथिशोथ, खर्जुक्लेश, गुल्मवत क्षताक, उपकलार्ब आदि। फिर भी अनुभव बताते हैं कि शोथी चर्मक्लेशों पर एक्स-किरणों से चिकित्सा का प्रभाव अधिक स्थायी और दीर्घकालीन होता है, जबकि अन्य रोग चिकित्सा का प्रतिरोध करते हैं। अन्य रोगों की स्थिति में एक्स-किरणों से चिकित्सा के असफल होने पर इलाज में परिवर्तन से कोई लाभ नहीं होता; अन्य चिकित्सा-रीतियाँ भी अकारगर सिद्ध हो जाती हैं। इसके अतिरिक्त, एक्स-किरणों से विभिन्न जटिलताएँ भी उत्पन्न हो सकती हैं (एक्स-रे-जनित चर्मशोथ, चर्म-कुपोषणता, व्रणन, कभी-कभी दुर्दम अवजनन भी)। इन कारणों से अब चर्मलोचन में एक्स-किरणों का उपयोग नौवर्धों (new growths) तथा उन चर्मक्लेशों की चिकित्सा तक ही सीमित रह गया है जो अन्य रीतियों से ठीक नहीं होते।



अब मध्यम (उत्कृष्टी की) किरणों का उपयोग शीघ्र ही नया - रक्त - मूल्य परिसीमित नवचर्मशोथ (वाइडल का चिकित्सिक सामान्य शरीर), चिकित्सिक दिनाड, गुल्मवत क्षतिका आदि में।

हाल ही में पे के चिकित्सिक कृपापण प्रण को चिकित्सा में लम्बर के उपयोग का परीक्षण किया गया है।

**परास्वनिक चिकित्सा**—पराम्यानिद्या तापान, गर्मान, मांसाक्राव तथा रासायनिक प्रभाव डालती हैं। इनका उपयोग प्रत्यक्ष (त्वचा, पेशियों, स्नायुओं पर) या अप्रत्यक्ष (मेरु पथों, अनुकपी नर्वकबंधों आदि पर) होता है। चर्मलोचन में परास्वनियो का प्रत्यक्ष स्थानिक उपयोग स्वेदग्रन्थिशोध, स्थानावद्ध खुजलियों, परिसीमित नार्चचर्मशोथ, खर्जुक सधियोग तथा कृपापज व्रणों को चिकित्सा में लाता है। आशिक अप्रत्यक्ष उपयोग निम्न रोगों में सुसंकलित है—चिकित्सिक पुनरावर्ती पित्ती, हर तरह की खुजलियां, विसरित नार्चचर्मशोथ, विसरित कठचर्मता पराम्यानिद्या से औषधो (विटामिन ए, हाइड्रोकोर्टीजोन डमल्शन आदि) का आधान स्पष्टप्रवृत्त कहलाता है। इस तरह की चिकित्सा इथेलियो और तलवों के खर्जुकेश, नार्चचर्मशोथ के परिसीमित रूपों तथा अतीव्र चरण पर स्थानावद्ध दिनाड में लाभकर होती है।

**प्रकाश-चिकित्सा**—इसमें मुख्यतः सौर स्पेक्ट्रम की लघुतरंगी किरणों का उपयोग होता है (सौर-चिकित्सा), कृत्रिम प्रकाश यंत्रों में उत्सर्जित किरणों, विशेषकर परावैगनी किरणों का उपयोग फोटो-चिकित्सा कहलाता है।

**सौर-चिकित्सा**—सूर्य की किरणी ऊर्जा में परावैगनी किरणों का स्पेक्ट्रम भी आता है, जो शरीर में जीवरासायनिक प्रक्रियाओं को प्रोत्साहित करता है। लेकिन यह भी ध्यान में रखना चाहिये कि परावैगनी किरणें डेनू अम्ल (DNA) का सश्लेषण दमित करके ऊतकों का लसीकीय कार्य दमित कर देती हैं। सौर किरणी ऊर्जा के अन्य अवयव, जैसे अवरक्त एवं दृश्य किरणें शरीर को परावैगनी किरणों के प्रति संवेदनशील बनाती हैं, जिससे शरीर पर उसका प्रभाव बढ़ जाना है। चिकित्सा के लिये सूर्य-स्नान (सूर्यातिपन) की अनेक रीतियां हैं, जो सौर-चिकित्सा प्रलिखित करने के उद्देश्य, चर्म में रोग-प्रक्रियाओं की तीव्रता तथा रोगों की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती हैं।

परावैगनी किरणों की अभिक्रिया बहुविध है—केंद्रीय एवं पनपू नर्व-तंत्रों पर लाभप्रद प्रभाव; पीडाशामक, प्रतिकंडुक एवं बैक्टेरियानाशक प्रभाव, तालों का वर्धन; वषा एवं स्वेद के स्राव को प्रोत्साहन। इसीलिये चर्मलोचन में ये किरणें बहुमूल्य मानी जाती हैं। सौर चिकित्सा सार्वदैहिक विकिरण के रूप में अक्सर निम्न रोगों में प्रयुक्त होती है—फुसीक्लेश, एक्थीमा, खर्जुकलेश (स्थायर एवं अवरोही चरणों पर) वषास्रावी एवं जीवाणुक दिनाड और नार्चचर्मशोथ में



**फोटो-चिकित्सा**—चर्मलोचन में इसका उपयोग मुख्यतः कृत्रिम परावैगनी किरणों से होता है, जो वाख, क्रोमेयर, फीन्सेन द्वारा निर्मित पारट-वाप्प से युक्त लेपों से प्राप्त होती है। पहले जैवखुराक अर्थात् परावैगनी किरणों के प्रति व्यापकतः सवेदिता की अवसीमा (निम्नतम मात्रा) निर्धारित की जाती है। जैवखुराक निश्चित दूरी पर स्थित लेप द्वारा ललामी उत्पन्न होने के समय (मिनटों) की इकाइयों में नापी जाती है। इस समय में परावैगनी किरणों की जो मात्रा प्राप्त होती है (ललामी उत्पन्न करने के लिये), उसे ललामिक खुराक कहते हैं। भिन्न चर्मरोगों में त्वचा के भिन्न क्षेत्रों के विकिरणन के लिये जैवखुराक की संख्या भिन्न होती है।

वाख के लेप से विकिरण का उपयोग मुहासे और चर्मशोणवत्ता में होता है—एक दिन बीच देकर एक ललामिक खुराक; शीतशोथ में उपललामिक खुराक प्रतिदिन, चर्मशोण में जैवखुराक की 7-8 गुनी मात्रा। क्रोमेयर-लेप का उपयोग निम्न रोगों में होता है—खोतेदार खत्वाटता, गुल्मवत क्षताक, चर्म-यक्ष्मा।

सामूहिक विकिरणन के लिये भी स्थावर एवं सुवाह्य लेपों का विस्तृत उपयोग होता है। स्थानिक फोटो-चिकित्सा के लिये निम्न लक्षणों को ध्यान में रखना चाहिए (इनका सिर्फ शैक्षणिक महत्त्व है)—(1) जब रूपलोचनी परिवर्तन ललामी, वस्त्रिका या बुल्ला के रूप में उत्पन्न होते हैं (पिस्ती, दिनाइ के कुछ रूपों तथा बहुरूप रिसालु ललामी में); चिकित्सा जैवखुराक की चौथाई या इससे भी कम मात्रा से शुरू करनी चाहिए—600 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा के विकिरणन से। विकिरणन नित्य किया जाता है और हर दो-तीन सत्र बाद चौथाई जैवखुराक बढ़ा दी जाती है; कुल दैनिक खुराक 2 से 2.5 जैवखुराक तक बढ़ायी जा सकती है, विकिरण की कुल संख्या 15 से 20 तक हो सकती है। (2) स्थावर चरण पर पिटकीय क्षतियों वाले रोगों (चौरस शैवाक खर्जुक्लेश, परिसीमित नार्चचर्मशोथ) में विकिरणन 1.5-3-5 जैवखुराक से शुरू किया जाता है, 100 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा से। विकिरणन हर दो से पांच दिन पर दोहराया जाता है (जब पूर्ववर्ती विकिरणन की प्रतिक्रिया दूर हो जाती है), हर अगले विकिरणन में 1.5-3 से 7-8 तक जैवखुराक जोड़ी जाती है; कुल विकिरणन-संख्या 10 से 15 बार तक। (3) गठिक स्फोटो (tubercular eruption) में (जैसे चर्म-यक्ष्मा, लेइशमैनिया आदि के स्थावर चरण पर) पैठन-कोट्र पर फीन्सेन या क्रोमेयर के फिल्टर-युक्त लेप से तीव्र विकिरण (15-25 ललामिक खुराक तक) प्रलिखित किया जाता है।

सौर एवं कृत्रिमप्रकाशीय चिकित्सा निम्न रोगों में प्रतिसंकेतित है—ललामक्लेशिक वृका (दागी), फोटोचर्मक्लेश, वर्णकीय चर्मशुष्कता, खलोआज्मा, औगिकाए अतिलोम।

सूयातपन निम्न रोग-स्थितियों में प्रांतमकलित होता है—एकत्रिंशत् नत्र क तीव्र रोगों में, केंदीय नर्वतत्र के शरीरगत रोगों में, अप्रम्यार रक्त-रोगों, द्रव्य नौवर्धों, ढालगरलता, मधुमेह, तीव्र नर्व द्रव्यलता व पनपुन क्लेश (या पनपुन कुतान), फुफ्फुसी यक्ष्मा के आगेही रूप, प्रकाशनवेदीकरण, दिनाट तथा नावचमशोध के आगेही चरण, खर्जुक्लेश के ग्रीष्म रूप में, दर्जन एवं कजकय लोमा के लिय भी प्रतिसकेतित है।

**शीत-चिकित्सा**—इसमें कार्बन-डाई-आक्साइड की वर्फ का उपयोग होता है। द्रव नाइट्रोजन से हिमित करने का भी इच्छा यही होता है। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-केद्र की सतह पर कार्बन-डाई-आक्साइड की वर्फ से अभिक्रिया करान के समय और सतह पर वर्फ लगाने के दाब की मात्रा द्वारा निर्धारित होती है। यहा दाब की माप आत्मगत है, इसीलिये वर्फ बिना किसी दाब के ही रखना चाहिए और खुराक की मात्रा सिर्फ समय द्वारा नापनी चाहिये। जिस गहराई तक जमाना (हिमित करना) हो, उसके अनुसार वर्फ का उपयोग-काल 5-10 सेकेंड से लेकर (जिससे रक्तातिरेक, कभी कभी शोफ और अपशल्हन होता है) 30-40 सेकेंड तक (जिससे घोर रक्तातिरेक, शोफ, बुल्ला, खट्ठी उत्पन्न होती है) और यहां तक कि 1-2 मिनट भी हो सकता है (जिससे ऊतक की मृत्यु हो जाती है)। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-प्रक्रिया के तत्पिक चित्र के आधार पर ही नहीं, दात क्षेत्र की अनाटोमिक-स्थलिक विशेषताओं के अनुसार भी निश्चित की जाती है। रोगी की उम्र तथा अन्य घटकों को भी ध्यान में रखना पड़ता है।

ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड (अर्थात् इसकी वर्फ) से निम्न रोगों की चिकित्सा होती है—चिरकालिक चकतीनुमा ललामिक वृका, बलयाकार कणार्ब, आंसे रोजामेआ (ance rosacea) परिसीमित नार्चमशोध, चौरस शैवाक (अतिपोषित रूप), पर्विका-कंडु, कुभिकार्ब, कीलक (सामान्य या चौरस), वयज शृंगार्ब। यदि बच्चे की चिकित्सा में करोर्जिक डायथर्मी और शीत-चिकित्सा का विकल्प उठे, तो अंतिम को चुनना चाहिए, क्योंकि बच्चे इसे कहीं अधिक सरलता से सहन कर लेते हैं (चौरस एवं सामान्य कीलक, कुभिक तिल, बलयाकार कणार्ब आदि में)।

क्षतियों पर स्थानिक प्रभाव डालने की रीति के रूप में शीत-चिकित्सा निम्न परिस्थितियों में प्रतिसकेतित है—चकतीनुमा और प्रकीर्णित ललामिक वृका के विसरित रूपों तथा ललामिक वृका के तीव्र रूप में।

## प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा

प्राकृतिक-चिकित्सा में रोगी के शरीर पर एक साथ कई घटकों से अभिक्रिया

करायी जाती है निम्न प्रमुख हैं किसी स्थान विशेष की जलवायवी परिस्थितियाँ खनिज जल-स्रोत, कीचड़, समुद्रजल, नदियाँ के मृहाने आदि। सोवियत मध्य में स्वास्थ्य की दृष्टि में ऐसे लाभप्रद स्थानों पर विशेष निरोगालय और विश्राम-गृह निर्मित किये गये हैं, जहाँ रोगी पर चिकित्सा के कई उपाय एक साथ सकुल में लागू किये जाते हैं। यहाँ चर्मक्लेश की प्रकृति के अनुसार प्राकृतिक घटकों के अतिरिक्त अन्य आंतरिक एवं बाह्य औषधप्रधान चिकित्साएँ भी सुलभ करायी जाती हैं, जिससे कम समय में अधिक फायदा होता है। प्राकृतिक चिकित्सा से रोग-शमन की अवधि बढ़ जाती है और पुनरावृत्ति की संख्या कम हो जाती है।

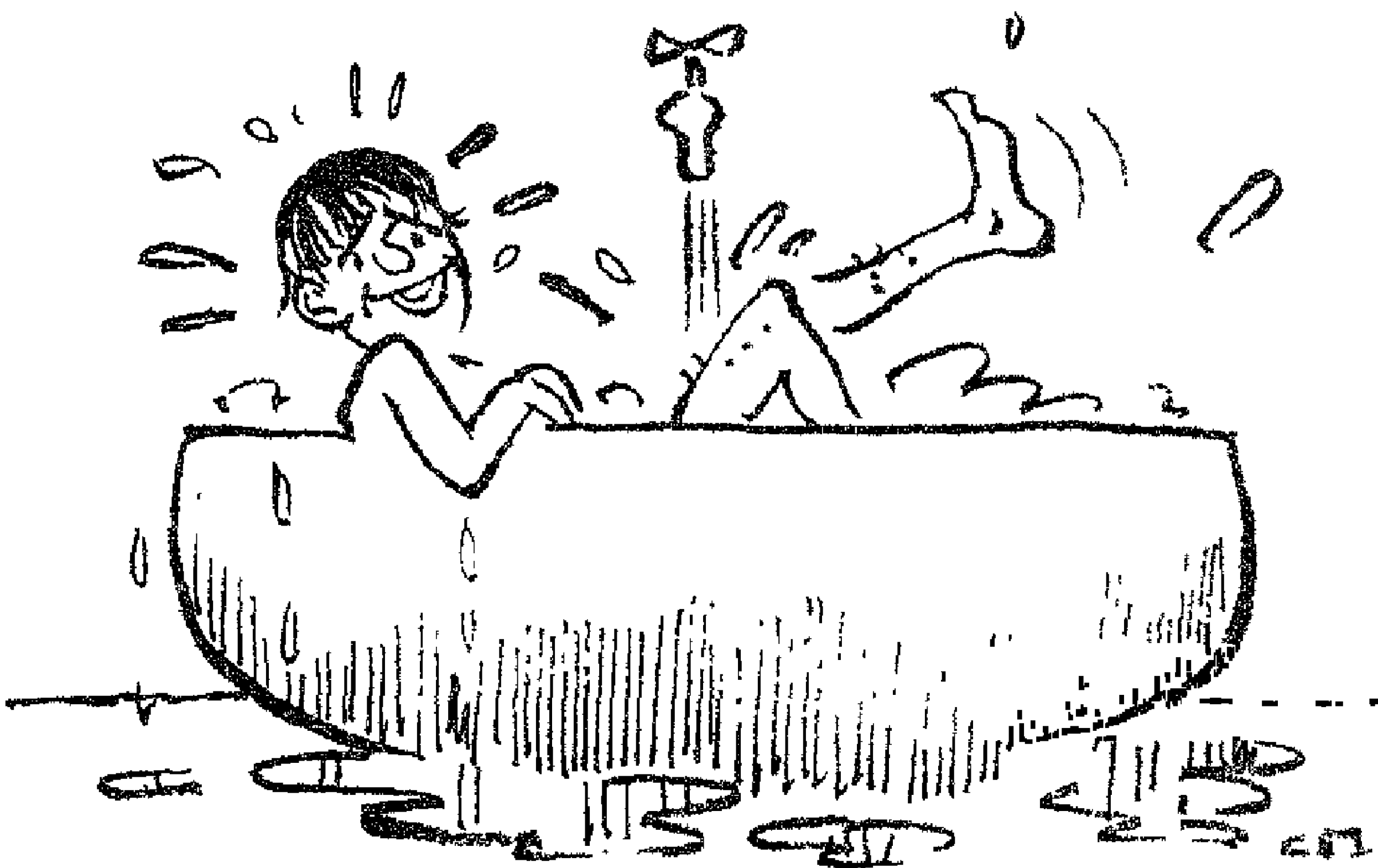
चर्मक्लेशों के तीव्र चरण पर रोगियों को प्राकृतिक चिकित्सा के लिये नहीं भेजा जाता। रोगी (विशेषकर बच्चों) के शरीर पर प्राकृतिक एवं खनिज घटकों के प्रभाव बहुविध होते हैं, खासकर ऐसे, जो हार्मोनी एवं रसाय परिवर्तन उत्पन्न करते हैं, इसीलिये रोगी को चुनते वक्त उसके चर्म की अवस्था को ही नहीं, उसकी सामान्य शारीरिक अवस्था को भी देखना चाहिए। यह बात विशेषकर उन रोगियों पर लागू होती है, जिन्हें ग्रीष्म में दक्षिणी इलाकों के निरोगालयों में भेजा जाता है। तीन वर्ष से कम के बच्चों को प्राकृतिक निरोगालय भेजने की सलाह नहीं दी जाती; यदि आंतर अंगों के लिये कोई भी प्रतिसंकेत न हो, तब भी। तीन वर्ष से बड़े बच्चों का भेजने का निर्णय हल्कुभिक तंत्र एवं अन्य आंतर अंगों से संबंधित सूचनाओं के आधार पर लिया जाता है।

निम्न क्लेशों से ग्रस्त रोगियों की चिकित्सा निरोगालयों में सफलतापूर्वक हो जाती है—खर्जुक्लेश, दिनाइ, नार्वचर्मशोथ, चौरस शैवाक, त्वचा पर खुजली, बच्चों व बड़ों में कंडु, कठचर्मता, पित्ती, मीनचर्मता, जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलय चर्म-यक्ष्मा के चट रूप (सामान्य वृका, पिटकोमृतिक गटिक्लेश, कठललामी) पैरो के व्रण आदि। प्राकृतिक निरोगालयों में इनका इलाज रोग की स्थावर या अवरही अवस्थाओं में और उपशमन-काल में किया जाता है, जिससे पुनरावृत्ति बहुत देर बाद होती है या बिल्कुल नहीं होती।

## वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा

वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा की लंबाई (समय) रोगी की उम्र और सामान्य अवस्था द्वारा निर्धारित की जाती है, इससे शरीर का कठोरन होता है (रोग प्रतिरोध की क्षमता बढ़ती है), पूरे शरीर और विशेषकर चर्म के इमूनोजैव गुण सुधर जाते हैं। ऐसी अभिक्रियाओं की प्रकृति बिल्कुल शरीरलोचनी होती है, इसीलिये ये किसी भी प्राकृतिक चिकित्सा के आवश्यक अंग हैं। इनका उपयोग विभिन्न जलवायवी परिस्थितियों के अधीन वसंत तथा ग्रीष्म ऋतु में संभव है

वायु-स्नान



वायु-स्नान शुरू में 5-15-20 मिनट तक किया जाता है, फिर धीरे-धीरे इस अंतराल को 1 या 2 घंटे तक बढ़ाया जाता है। वायु-स्नान दिन में अलग-अलग समय पर किया जाता है, लेकिन नाश्ते या भोजन के बाद नहीं।

बच्चों के लिये वायु-स्नान 2 या 3 महीने की उम्र में प्रलिखित किया जाता है—शिशु को दिन में दो बार कुछ मिनटों के लिए नग छोड़ दिया जाता है। इसका साथ-साथ बच्चों को व्यायाम भी कराया जा सकता है। मौसम और बच्चों की प्रतिक्रिया अनुकूल होने पर वायु-स्नान क्रमशः 20-60 मिनट तक बढ़ाया जा सकता है।

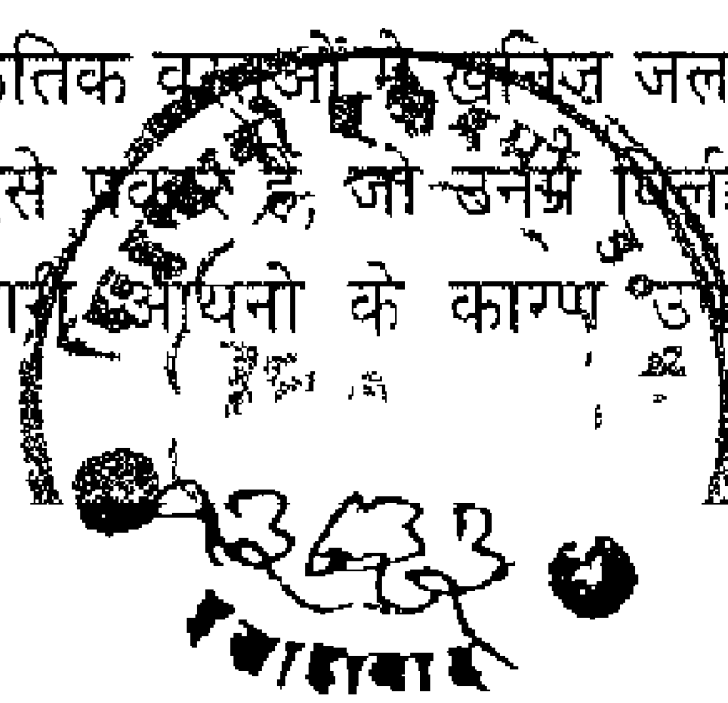
## समुद्र-स्नान

समुद्र में स्नान से शरीर पर निम्न घटकों का मिला-जुला प्रभाव पड़ता है—जल में घुले लवणों व गैसों का, यांत्रिक क्षोभों का (जल के घनत्व, नन्ही तरंगों से कपन-मालिश आदि), धूप व समुद्री हवा का। समुद्री पानी में विभिन्न लवण 1 से 5 प्रतिशत तक की सांद्रता में घुले होते हैं, ये लवण निम्न आयनों के रूप में विघटित रहते हैं—सोडियम, कैल्शियम, क्लोरीन, मैग्नेशियम, ब्रोमीन, आयोडीन आदि के। चिकित्सा के लिये समुद्र-स्नान तभी प्रलिखित किया जाता है, जब पानी का तापक्रम कम-से-कम  $18^{\circ}\text{C}$  हो (बच्चों के लिये इसे  $2$  या  $3^{\circ}\text{C}$  ऊंचा ही रहना चाहिए)। रोगी शुरू-शुरू में 2-3 मिनट तक पानी में रहता है, फिर यह अवधि क्रमशः 10-15-20 मिनट तक बढ़ायी जाती है। चिरकालिक चर्मक्लेशों से ग्रस्त बच्चों को 3 वर्ष की उम्र के बाद ही समुद्र-स्नान प्रलिखित करना चाहिए। शुरू में कुछ बार उन्हें तभी नहाना चाहिए, जब पानी का तापक्रम  $21-23^{\circ}\text{C}$  से कम न हो और वे उसमें 2 या 3 मिनट तक ठहर सकें। समुद्र-स्नान से चिकित्सा शुरू करने के पहले कुछ दिनों तक बच्चों को वायु-स्नान कराया जाता है और उसका शरीर समुद्री पानी से मला जाता है। उत्तरी (अधिक ठंडे) इलाकों से आये बच्चों के लिये एक अनुकूलन-अवधि की आवश्यकता पड़ती है।

समुद्र-स्नान निम्न स्थितियों में प्रतिसंकेतित होता है—यक्ष्मा की सक्रिय प्रावस्था, रूमेटिज्म, तीव्र खीरकठोरन, गुर्दों, जठरांत्र मार्ग एवं रक्त की बीमारियों, हृत्कुम्भिक एवं हृत्क्लोमिक अपूर्णता के स्पष्ट लक्षणों आदि में।

## गाह-चिकित्सा

गाह्य (स्नान-लायक) प्राकृतिक वास्तुओं में खुनिज जल मुख्य उपचारक घटक है। भूगत जल के जितने भी ऐसे प्रकार हैं, जो उनमें खनिज गैसों, अन्य खनिज द्रव्यों तथा सक्रिय चिकित्साकारक आयनों के कारण उपचारक गुण रखते हैं,



थेरापिक खनिज जल कहलाने ह।

आधुनिक वर्गीकरण के अनुसार खनिज जल के मान साक्ष प्रकार है (1) किन्ही विशेष अवयवों तथा गुणा से होन जल (2) कार्बोनेट जल; (3) गंधक-युक्त, (4) लोहा, सखिया आदि से युक्त; (5) सोडियम, आयोडीन से युक्त तथा पत्र 2.28 से समृद्ध, (6) गर्ममयुक्त ग्वान से युक्त; (7) मिनरल युक्त। इस वर्गीकरण में खनिज जल के भौतिकीय व रासायनिक गुणा और शरीर पर उनके प्रभाव का मिलाने की कोशिश की गयी है।

तापक्रम के अनुसार खनिज जल ठंडा, गुनगुना या गर्म माना है।

गंधक (हाइड्रोजन सल्फाइड), रेडोन से युक्त जल, कार्बोनेट खनिज जल तथा सिलिकन थर्म से युक्त जल का चर्मलोचन में विम्बुत उपयोग है।

कार्बोनेट (कार्बन-डाई-आक्साइड से युक्त) जल में शरीर दुबाला रखना (गाहन) उन चर्मवर्तेशों में लाभकर होता है, जिनमें तीव्र शोथ नहीं होना (जैसे सुप्तावस्था में खर्जवर्तेश और नार्चचर्मशोथ, चिरकालिक दिनाइ, कंडू आदि में) और जो स्थायी श्वेत या हल्की लाल चर्मग्राफी से लच्छित होने है। इसके प्रतिमनन है—हर्तपेशी का इन्फार्त, वृक्कशोथ, गुर्दवर्तेश।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त जल में गाहन 5-10 मिनट तक एक मर या दो-दो दिनों के अतराल पर किया जाता है। इसमें स्वतंत्र हाइड्रोजन सल्फाइड का सांद्रता 30-40 से 100-150 ml/l तक हो सकती है। इसमें गाहन निम्न स्था 24 या अवरोधी चर्मवर्तेशों के लिये सुसंकेतित है—दिनाइ, खर्जवर्तेश, नार्चचर्मशोथ, कठचर्मता, चौरस शैवाक, पित्ती, मीनचर्मता आदि। प्रतिसर्केत व हो ह, जो नमो प्राकृतिक चिकित्सा के लिये होते हैं; इनके अतिरिक्त निम्न प्रतिसंकेत भी है—कलोमिक (फुफ्फुसी) यक्ष्मा, यकृत तथा गुर्द की बीमारिया, ढालगरलता।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त गर्म जल में हाथों और पैरों का गाहन स्थानिक गाहन-विधि है। बैठकर गाहन या आगेही फुहार में स्नान मूलाधार या पृष्ठद्वार में दिनाइ की चिकित्सा के लिये प्रयुक्त होता है, सल्फर या वीग्या (vichy) से युक्त जल की फुहार में स्नान की सलाह खर्जवर्तेश तथा कठचर्मता के स्थावर रूपों में दी जाती है; सल्फर-युक्त जल से शिरोवल्क तथा चैदग धोना वपास्राव में लाभदायक होता है।

रेडोन से युक्त जल में गाहन का प्रभाव हाइड्रोजन सल्फाइड में गाहन की अपेक्षा अधिक नर्म होता है। इससे चर्म के शोथ-केद्रों में हिस्टामिन, सेरेंगटोनिन तथा ब्राडीकीनिन जैसे जीवलोचनी सक्रिया क्षोभक द्रव्यों के बनने की तीव्रता कम हो जाती है। स्थायी लाल विसरित चर्मग्राफी से लच्छित दिनाइ तथा पित्ती की स्थिति में रेडोन-स्नान चर्मगत कुभियों की बेधिता कम करके तथा साथ ही उन्हें

प्रगामी चर्माग्नि करण गगन में तीव्र शायी प्रकाश का कम कर देता है। यह प्रगामी खर्जुक्लेश नावचर्मशाथ और कटु में भी लाभकर होता है। गाहन-काल 5 से 15 मिनट तक वाछनीय है।

साधनयन मंघ में विशय निगंगालय बनाये गये हैं, जहां नार्वचर्मशोध, दिनाइ तथा कठचर्मता से पीडित वच्चै चिकित्साार्थ भज जाते हैं। प्राकृतिक चिकित्सा में प्रयुक्त ये साधनत्र द्रव्य उन लोगों के लिये हानिकर (प्रतिसर्केतित) हैं, जिनमें हृत्कुम्भिक तथा अन्य आंतर अंगों की बीमारियों, चर्म के नौवर्धों तथा चमारुणता का शिकार होत है।

सिलिकन-युक्त जल में गाहन गंडोन-गाहन जैसा ही प्रभाव डालता है, क्योंकि उसमें खनिज लवण बहुत कम होते हैं और वह क्षोभ नहीं उत्पन्न करता। इर्मोनिय इसका उपयोग अनेक चर्मक्लेशों के उग्र एवं प्रगामी होने के समय भी सम्भव है। इसके प्रतिसर्केत अन्य खनिज-चिकित्साओं जैसे ही हैं। गाहन बढ़ो के लिये प्रतिदिन तथा वच्चों के लिये एक दिन बीच देकर वाछनीय है। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक हो सकता है, चिकित्सा 15 से 20 बार में सप्तर होती है।

## पंक-चिकित्सा

साधनयन मंघ में करीब सौ निगंगालय हैं, जिनमें लोगों की चिकित्सा रोगहर पंक से की जाती है। गाद (जैसे नदी का मुलायम पंक) और पास (धारीय एवं अम्लीय पास—जैव मूल के सड़ने से बने कीचड़) में भेद करना चाहिए; इनमें उपस्थित सक्रिय अवयवों (हाइड्रोजन सल्फाइड, लोहा आदि) का अनुपात भिन्न होता है।

रोगहर पंक को  $40-44^{\circ}\text{C}$  तक गर्म करने पर उसमें स्पष्ट विलयकारी गुण आ जाते हैं।  $35-37^{\circ}\text{C}$  तापक्रम पर पनपू नवों के नियमन और उद्दीपन का गुण व्यक्त होता है। खनिज जलों की तुलना में रोगहर पंक अधिक ताप-चालकता और कम ताप-ग्राहिता रखता है। पंक-चिकित्सा का उपयोग निम्न चर्मरोगों में किया जाता है—अतर्म्यदित परिसीमित अधिकेंद्रो वाले खर्जुक्लेश, सधार्त्तिक खर्जुक्लेश, परिसीमित एवं विसरित नार्वचर्मशोध, चिरकालिक घट्टा और शृंगिक दिनाइ, कठचर्मता के परिसीमित अधिकेंद्र और चौरस शैवाक के अतिपोषित रूपों में। पंक का उपयोग चर्म के नौवर्धों, रक्त रोगों तथा हृत्कुम्भिक अपूर्णता की स्थितियों में प्रतिसर्केतित है।

## नफ्थालान तेल से चिकित्सा

नफ्थालान (naphthalan) तेल प्रतिशोथी प्रभाव डालता है और उपकला को

शीघ्र पनपता है। इस तेल में गाहन निम्न गर्मा में मग्न होना है न्यूनस्तंभ, चिरकालिक दिनाइ, नायचर्मशोध, कटु, त्रम-खजली पिनी, चारम अग्राक, कटुचर्मता और भीनचर्मता। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक या तकता है, तेल का तापक्रम  $36-28^{\circ}\text{C}$  होना चाहिए, चिकित्सा 15 से 20 बार गाहन में मग्न होना है। सहनशीलता के अनुसार गाहन एक से तीन दिन के अन्तराल पर प्रयुक्त होना है। दस्त और ग्रीष्म ऋतु में जिन लोगों का दिनाई या खजुंस्तंभ उग्र रूप धारण करता है, उनके लिये यह गाहन उपयुक्त नहीं है। अन्य पतितकाल मन्थन-धूमन जल में गाहन जैसा ही है।

## पैराफिन एवं ओजोसेरीत से चिकित्सा

पिघले हुए पैराफिन का उपयोग गहरे अंतर्स्थद या क्षतांक को ताप द्वारा घुलाने में सहायता के लिये सीमित (ग्रस्त) त्वचा-क्षेत्र पर किया जाता है। यह सीमित क्षेत्रों तथा कुछ चर्मरोगों में ही प्रयुक्त होता है—उपेक्षित खजुंस्तंभ धब्बे, चोरस शैवाक के अतिशृंगिक रूपों, खोतदार छत्वाटता, नायचर्मशोध और चिरकालिक दिनाइ में अंतर्स्थदित परिसीमित धब्बे, उग्रता से अंतर्स्थदित सकटुक म्हासा आदि में।

ओजोसेरीत (ozocerite, mountain wax) सूक्ष्म क्रिस्टली वाले पैराफिन के उच्चश्यान एवं हल्के तेलों का मिश्रण है, जिसे भूगत गुफाओं और तेल परतों से प्राप्त किया जाता है। यह स्पष्ट अंतर्स्थदन, शैवाकीकरण और अतिशृंगन से लक्षित चर्मरोगों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है। अनुकूल थेरापिक गुणों, कम कीमत और प्रयोग-सरलता के कारण चर्मलोचन में ओजोसेरीत का विस्तृत उपयोग है। इसके अतिरिक्त, अल्प ताप-चालकता एवं उच्च ताप-ग्राहिता के कारण यह रेत, पांस या पैराफिन से अधिक कारगर है (इसमें ताप को रोककर रखने की क्षमता पैराफिन से लगभग दुगुनी है)। निरोगालयो में इसका उपयोग अन्य प्राकृतिक चिकित्सा-रीतियों के संकुल में होता है। इसका परिवहन सरल होने के कारण इसे किसी भी शहर या गांव में (निरोगालय से बाहर भी) बच्चों व बड़ों की चिकित्सा में प्रयुक्त किया जा सकता है। तापीय प्रभाव के अतिरिक्त ओजोसेरीत रासायनिक, भौतिकीय और जीवलोचनी प्रभाव भी डालता है; इसमें उपस्थित जीवलोचनी सक्रिय द्रव्य अवसवेदक, प्रतिकटुक तथा प्रतिशोथी प्रभाव डालते हैं।

ओजोसेरीत  $45-60^{\circ}\text{C}$  तक गर्म किया जाता है और लेप या गजी की पुल्टिस के रूप में प्रयुक्त होता है। इसके सुसंकेत पैराफिन की तरह ही है, प्रतिसंकेत निम्न है।



## फुंसी. फुंसीक्लेश

~~~~~

फुंसी की गणना चर्मपूयता के सामान्य रूपों में होती है। यह लोम-मशिका और उसके गिर्द के योजक ऊतकों में तीव्र स्ताफिलोकोकी पूयमृत्तिक शोथ को कहते हैं।

हेतुलोचन फुंसी का निमित्त कारण स्ताफिलोकोकस औरैउस (सुनहरे स्ताफिलोकोक) है; कभी-कभी स्ताफिलोकोकस आल्बुस (श्वेत स्ताफिलोकोक) भी कहते हैं।

गदजनन फुंसी स्वस्थ त्वचा पर उत्पन्न हो सकती है या पहले से ही उपस्थित सतही या गहरी स्ताफिलोचर्मता की क्लिष्टता (उसका उपद्रवी रूप) हो सकती है। इन जीवाणु-जातियों की गदजनकता और विषालुता के अतिरिक्त फुंसी तथा फुंसीक्लेश के विकास में बहिर्जनित एवं अंतर्जनित प्रवणकारी घटक भी बहुमूल्य भूमिका निभाते हैं। बहिर्जनित घटक निम्न हैं—धूल, कोयले या धातु के कण से त्वचा पर हल्की यात्रिक क्षति, जो पैठन के लिये प्रवेश-द्वार का काम करती है, कपड़ों के साथ घर्षण (गरदन, पीठ और नितबों पर), जिससे स्ताफिलोकोको का प्रवेश सरल हो जाता है और साथ ही साप्रोफीत [साप्रोफीत (ग्री 'साप्रोस'—शव-गलन; 'फीतोस'—उद्भिज, वनस्पति, पादप; अतः हिंदी में—कुणपतृण) कुणप—शरीर में मृत कोशिकाओं आदि से अपना पोषण करने वाले वनस्पति हैं।—अनु.] गदजनक रूप ग्रहण करने लगते हैं, नखून से खरोचें (दिनाड, नार्चचर्मशोथ व खाज में), मौसमी परिस्थितियां। वृत्ति तथा घरेलू घटकों में से उन बातों पर ध्यान देना चाहिए, जो अनेक लोगों में फुंसी-विकास की संभावना बनाती हैं। महत्त्वपूर्ण अंतर्जनित घटक निम्न हैं—शरीर का दुर्बल होना, शरीर में द्रव्य-विनिमय की गड़बड़िया (मधुमेह, मोटापा या मंदुरता), जठरांत्र-रोग, अल्परक्तता, अविटामिनता, नार्विक एवं अतर्खावी तंत्रों के रोग, अल्कोहलता, शरीर का नियमित अतिशीतन या अतितापन आदि, जो शरीर की सामान्य इमूनोजीवलोचनी प्रतिकारिता को क्षीण कर देते हैं। फुंसिया अधिकांशतः वसंत और शरद ऋतु में होती है। यह रोग बच्चों की अपेक्षा बड़ों में और स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में अधिक अवलोकित होता है।

अकेली फुंसी (एक ही फुंसी जो कई महीनों के बाद पुनः उत्पन्न हो जाती

है, पुनरावर्ती अकेली फुसी जो कठोर दिनांश में मजबूत जमा रहता है (तब-या-पुनरावर्तिन होती है) और फुसीकनरा (एक-क-बाद-एक-फुसी-क-फुसी-क-फुसी) किया जाता है। निदान निर्धारित करने में रोगी के लक्षणों से निदान किया जाता है। फुसी विद्रधि में विकसित हुई है या नसर्गोपगोष न निकलने से निदान किया जाता है। फुसी क स्थान (ऊपरी होठ, बाहर कर्ण-मंडल) आदि में फुसी के स्थानों पर फुसी

रोग का तत्त्विक चित्र और प्रवाह—फुसी के निदान में निम्न लक्षण हैं—(1) अंतर्स्पर्श का विकास, (2) प्रयत्न और विमरण (विमर्श), (3) अंतर्गमन

पहले लोम-मशिका के गिर्द उभरा हुआ बड़ा चमकदार नीला अंतर्स्पर्श बन जाता है। अंतर्स्पर्श की सीमा स्पष्ट नहीं होती और उसमें चमक या हल्की पीड़ा का अनुभूति होती है। धीरे-धीरे अंतर्स्पर्श एक दृढ़ गुल्म में परिणत हो जाता है और उसकी पर्याकृति बढ़ने लगती है, इद-गिर्द के ऊतकों में शोफ होता है (गान्ध, पलकों और होठों के क्षेत्र में शोफ बहुत स्पष्ट हो सकता है)। तीसरे या चौथे दिन दूसरा चरण आरंभ होता है—फुसी का व्यास 1-3 सेंटीमीटर हो जाता है और इसकी सतह पर केंद्र में पूयमृत्तिक क्राइ (हीरा) से तुल्य पीपिका बन जाती है। फुसी एक शकूल गुल्म का रूप ग्रहण कर लेती है, उसकी चमकदार नीली हो जाती है। इस अवधि में पीपिका बहुत तीव्र हो जाती है, रोगी का तापक्रम  $37-38^{\circ}\text{C}$  तक उठ जाता है, मलमलश के लक्षण (सामान्य अंतर्गमन, सिरदर्द आदि) उत्पन्न हो सकते हैं। पीपिका की चोटी पर मूल रूप से स्पर्श स्तुल जाता है (या कृत्रिम रूप से खोला जाता है)। फुसी में पीपिका निकलती है, जो कभी-कभी रक्त-मिश्रित होती है। इसके बाद एक पीपिका का विमृत्तिक क्राइ निकलता है। क्राइ से निकलने (या उसे निकालने) के बाद शोफ, अंतर्स्पर्श और पीडा दब जाती है, जो दो या तीन दिनों में दाग के रूप में परिणत हो जाता है। दाग शुरू में नीला-लाल होता है, जो धीरे-धीरे सफेद होता हुआ लगभग अदृश्य हो जाता है। फुसी का विकास-चक्र सामान्यतः आठ से दस दिनों तक चलता है।

प्रक्रिया के अवतत्त्विक प्रवाह में एक पीडाजनक अंतर्स्पर्श बनता है, पर प्रयत्न या विमरण नहीं होता। छोटी फुसी को मशिकाशोथ में नन्हे केंद्रीय विमृत्तिक क्राइ द्वारा उत्पन्न क्षति से भिन्न समझना चाहिए। अन्य रोगों अथवा गलत चिकित्सा से दुर्बल रोगियों में फुसी विद्रधि में परिणत हो जाती है।

फुसी हथेलियों और तलवों की लोमविहीन त्वचा को छोड़कर चर्म के किसी भी क्षेत्र में बन सकती है। अकेली फुसी अधिकांशतः सिर के पिछले भाग में, प्रबाहु, पीठ, पेट, नितब और निचले अंगों (पैरों) पर होती है। बाह्य कर्णकुहर के किनारे फुसी से तीव्र पीडा होती है। ऊपरी होठ पर फुसी एक खतरनाक रोग है, क्योंकि इसमें लसकुंभियों और शिराओं के स्कंदक्लेश के साथ-साथ प्रमस्तिष्क कथियों

में सफ़क शिराशोथ और सामान्य (सर्वांगीण) सृपन हो जा सकता है। जब गरदन, वक्ष और जाघ में फुसिया लसपर्वों के बहुत निकट होती है, तो लसकुभियां और लसग्रथियों का तीव्र शोथ विकसित हो जा सकता है। यकृत, चूक और अन्य आंतर अंगों की ओर भी (शोथ का) अपवहन संभव है। इन्हो क्लिष्टताओं के कारण फुसिया कभी-कभी गभीर रंग मावित होती है। हजामत के समय फुसी कटने या उस दबाकर बहाने के प्रयत्न से तथा अपर्याप्त स्थानिक चिकित्सा से इन क्लिष्टताओं के और भी बढ़ने का खतरा रहता है। चेहरे पर, नाक व होठ के बीच त्रिभुजाकार स्थल पर और नाक के चर्म व श्लेष्मल झिल्ली पर फुसिया भी क्लिष्टताओं के विकास को सप्रेरित करती है।

फुंसीक्लेश एक ऐसी अवस्था है, जिसमें बहुसंख्य (यद्यपि हमेशा नहीं) और पुनरावर्ती फुसीस्फोट उत्पन्न होते हैं। फुसीक्लेश स्थानाबद्ध (परिसीमित चर्म-क्षेत्र पर), विसरित या प्रकीर्णित (विखरा हुआ) हो सकता है। प्रवाह के अनुसार फुसीक्लेश तीव्र (कई सप्ताह से लेकर एक-दो महीने की अवधि अनेक फुसियों की उत्पत्ति द्वारा लंछित) या चिरकालिक (छोटी अवधि या लगातार महीनों तक कम संख्या में फुसियों की उत्पत्ति द्वारा लंछित) हो सकता है।

लछक (विशिष्टता-युक्त) केसों में निदान सरल होता है। अन्य स्थितियों में इसका सिबीरी (साइबेरियन) व्रण, स्वेदग्रथिशोथ और गहरे रणत्व के साथ अंतर दिखाना पड़ता है। आश्राक्स (सिबीरी व्रण) पिटक-वस्तिकीय क्षति के साथ होता है और उस पर भूरी-काली खट्टी पड़ जाती है, इसके अतिरिक्त सुचर्म तथा अवचर्म में भी स्पष्ट अतर्स्यदन हो जाता है, तीव्र पीडा और सामान्य अवस्था में कई गड़बड़ियां उत्पन्न होती हैं। स्वेदग्रथिशोथ में अपस्रावी ग्रथियों का (काख, जघामूलीय सलवट, चुचुकों और पृष्ठद्वार में) पूयिक शोथ होता है, केन्द्रीय विमृत्तिक क्रोड नहीं होता। लोमतृण (त्रीखोफीटोन) से उत्पन्न कणार्ब अक्सर शिरोवल्क तथा दाढ़ी के क्षेत्रों पर उत्पन्न होता है। रोगवृत्त (जतु से स्पर्शात्मक सपर्क), तीव्र पीडा और पूयमृत्तिक क्रोड की अनुपस्थिति और गदलोचनी द्रव्य के सूक्ष्मदर्शन से कवको का अनुवेदन—ये सब निदान के लिये महत्त्वपूर्ण होते हैं। कुछ केसों में फुंसीक्लेश को पार्विक ललामी, कठललामी और कटमालचर्मता से भी इतिरित करना पड़ता है।

ऊतगदालोचन पूयिक शोथ लोम-मशिका, स्वेद-ग्रथि तथा चारों ओर के योजक ऊतकों को पूरी तरह ग्रस्त कर लेता है (परिमशिकीय अतर्स्यद के साथ गहरा मशिकाशोथ)। शुरू-शुरू ऊतगदलोचनी चित्र आस्यक मशिकाशोथ जैसा होता है, लेकिन बाद में संपूर्ण वपा-लोमीय उपकरण तथा पड़ोसी ऊतकों का विमरण पाया जाता है, परिसर में श्वेतकोशिकीय अतर्स्यदों की बहुलता होती है।

चारों तरफ के योजक ऊतक में अक्सर निम्नलिखित स्वनर्तकियाँ—सर्जनीयता और स्पष्ट शोफ अवलोकित होता है। पटन के अंग में प्रत्यास्थ और झोलावनी त्व (रेशे) पूर्णतया नष्ट हो जाते हैं। विमृत्तिक अंग के आसपास में एक मजबूत रजतप्रेमी-जालिका बन जाती है। तंतुओं के झोलावनी त्वकों का एक मांस बनकर पैठन के अंग को घेर लेता है, तार्किक रोगाणु तथा तंत्रिकालिक अन्वयन न फल (इसीलिये फुसी को दबाकर बहान के प्रयत्न से बचने के करने का प्रयोग करना है, जिसके फलस्वरूप रोगाणु अन्वयन भी फैल सकते हैं)।

**चिकित्सा**—फुसी की चिकित्सा बहुत हद तक गंधकोंचनी प्रक्रिया के प्रकार एवं प्रसार पर निर्भर करता है। उदाहरणार्थ, यदि फुसी अर्कणों में और इसके साथ कोई क्षिप्यता उत्पन्न नहीं हुई है, तो सिर्फ बाह्य थेरापी प्रलिखित की जाती है (विशेषकर जब रोगी आयुरी सलाह लेने में विलंब नहीं करता, रोग के आरंभिक चरण पर ही डॉक्टर से मिल लेता है)। पुनरावर्ती एवं क्षिप्य फुसियों में, स्तननाक स्थल पर उत्पन्न फुसियों में, फुसीक्लेश में (विशेषकर चिरकालिक एवं बिखरे हुए फुसीक्लेश में) बाह्य थेरापी के अतिरिक्त ऐसे सामान्य उपाय भी किये जाते हैं, जो जीवाणुक वनस्पतियों पर अभिक्रिया करते हैं, शरीर की रक्षा पतिकारी शक्तियाँ को स्फूर्त करते हैं और रोगी के परीक्षण के समय पाये गये अन्य अंतर्पेशीय रोगों को ठीक करते हैं।

प्रतिजीवको का विस्तृत उपयोग होता है। पेनीसिलिन अलर्पीशीय मुई में 50000-100000U की खुराकें प्रति तीन या चार घंटे पर दी जाती हैं; तीव्र रूप में कुल मात्रा 1000000-3000000U तक दी जाती है और चिरकालिक रूपों में 500000-10000000U या इससे भी अधिक। अनावासी लष्पानाक के रोगी की चिकित्सा एम्मोनोवोसिलिन (बेंजिलपेनीसिलिन प्रोकेन व ग्वेमोलिन—त्रिप्रोटामीन सल्फेट के घोल—के मिश्रण) और बीसिलिनो (बेंजाथीन पेनीसिलिन) में की जाती है, जो पेनीसिलिन से चिरकारी प्रसाधन हैं। इनमें से पहली दवा की सुई दिन में एक बार 600000U की मात्रा में दी जाती है, दूसरी दवा तीन या चार दिन में एक बार 1200000-1500000U की मात्रा में दी जाती है (पूरी चिकित्सा के दौरान 3000000 से 8000000U दी जाती है)।

आजकल पेनीसिलिन और इसके व्युत्पादों के विरुद्ध कोकी उद्भिजा (विशेषकर स्ताफिलोकोकों) की प्रतिरोधिता अवलोकित हो रही है। इसीलिये फुसीक्लेश की चिकित्सा में अधिकाधिक महत्त्व विस्तृत स्पेक्ट्रम (परास) वाली दवाओं को दिया जा रहा है, जो प्रतिजीवाणुक प्रभाव डालती हैं, जैसे—माक्रोनिड—एरीथ्रोमीसिन तथा ओलेआडोमीसिन और तेत्रासिक्लीन के साथ इनके मेल—ओलेतेत्रिन, सिग्मामीसिन और तेत्राओलेआन। प्रतिजीवको के प्रति रोगकारी जीवाणुओं की

संवेदिता की द्रुत जाच (जैसे प्रतिजीवलेख) की सहायता में किसी भी रोगी के लिए आवश्यक प्रतिजीवक ज्ञात किया जा सकता है, इन परीक्षणों के परिणाम 12 से 24 घंटे में प्राप्त हो जाते हैं।

कतिपय चर्मपूयनाओं और विशेषकर चिरकालिक फुंसीक्लेश की चिकित्सा में अर्धकृत्रिम पेनीसिलिनो का अब अधिकाधिक विस्तृत उपयोग हो रहा है। ये हैं—मेथीसिलिन (1.0g की अंतर्पेशीय सुई प्रत्येक चार से छ घंटे पर), और ओक्सामिलिन (0.25-0.5g की टिकियो या कैप्सूलों के रूप में प्रत्येक छ घंटे पर, पांच दिनों तक, अंतर्पेशीय सुई द्वारा 0.25-0.5g की मात्रा दिन में दो से चार बार)। प्रतिजीवकों के साथ मुखमार्ग से प्रतिहिस्टामीनिक साधन देना वाछनीय है।

सुल्फोनामीड (सुल्फाथिआजोल, सुल्फादीमीदीन, सुल्फामेथोक्सीन, सुल्फामेथोक्सी-पीरीदाजीन) तथा अन्य प्रतिजीवाणुक प्रसाधन उनकी सामान्य अभिक्रिया के अनुसार प्रयुक्त किये जाते हैं। नित्रोफुरान के व्युत्पाद—फूराजोलीडोन फूराजोलिन, फूरादोनिन (नित्रोफूराटोइन) और फूरागिन (फूराजिन) पिछले समय से उन स्थितियों में प्रलिखित किये जाने लगे हैं, जब स्ताफिलोचर्मता प्रतिजीवकों और सुल्फोनामीडों का प्रतिरोध करने लगती है। ये मुखमार्ग से 0.1g की टिकियों में दिन में दो या चार बार खाने के बाद दिये जाते हैं (चिकित्साकाल पांच-सात-दस दिन हो सकता है)। 12 महीने तक के प्योपा बच्चे के लिये फूराजोलिन की एक खुराक 0.01-0.015g है, 1 से 2 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.02g, 2 से 5 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.03-0.04g और 5 से 14 वर्ष तक के लिये 0.05g; यह दिन में तीन या चार बार, खाने के 15 से 20 मिनट बाद दिया जाता है।

अकेली पुनरावर्ती फुंसियो तथा चिरकालिक फुंसीक्लेश में पैठन को नियंत्रित करने के साथ-साथ शरीर की प्रतिकारी शक्ति बढ़ाने के लिये अविशिष्ट स्फूर्तिदायक थेरापी (स्वरक्त-चिकित्सा) और स्ताफिलोकोक का टीका (बहुसंयोजी या स्वटीका) स्ताफिलोकोकी टॉक्सॉइड तथा एंटीफागिन से विशिष्ट इमूनी चिकित्सा (इमूनोथेरापी) की जाती है। कुटाली (जो टाले नहीं टले) या चिरस्थायी फुंसीक्लेश में गामा ग्लोबुलिन का उपयोग होता है।

मेदुरता, मधुमेह, आंत्र-शैथिल्य, आंतर अंगों के रोगों, अल्परक्तता आदि की चिकित्सा चिरकालिक फुंसीक्लेश से पीडित व्यक्तियों के उपचार-संकुल का एक महत्वपूर्ण घटक है। ऐसे रोगियों का आहार सुपाच्य होना चाहिए, चटपटा व मसालेदार नहीं होना चाहिए। अल्कोहलिक पेय वर्जित है। विटामिन 'ए', 'सी' और 'बी-सक्जुल' के साथ-साथ लोहा तथा फोस्फोरस के प्रसाधन (फीतोफेरोलाक्टोल, 15 से 20 दिनों तक एक-एक गोली दिन में तीन बार) वाछनीय है।

फुंसी के गिर्द त्वचा को सैलीसीलिक अल्कोहल, कैफर स्पीरिट, इथर, बेजीन

**भविष्य**—एकल (अकेली) फुसियो की स्थिति में (यदि वे चाहें पर नहीं ह) भविष्य हमेशा अनुकूल होता है। चिरकालिक फुसीकनश की स्थिति में (विशेषकर प्रोढ़ या अधेड़ व्यक्तियों में, दुर्बल रोगियों में, मधुमेह से पीड़ित लोगों में), क्लिष्ट फुसियो तथा सृपन की स्थितियों में भविष्य गंभीर चिन्ताजनक हो जाता है।

कोलफुसी सुचर्म एवं अवचर्म की गहरी परतो तक विरसित पृथग्भूतिक शोथ की प्रक्रिया है, जिसकी चपेट में पास-पड़ोस की लोम-मशिकाएँ भी आ जाती हैं। फुसी में इसकी भिन्नता इस बात में है कि इसमें पृथग्भूतिक अतर्म्यद अपेक्षाकृत विस्तृत क्षेत्र में फैल जाते हैं और सुचर्म एवं अवचर्म को बंधते हुए उनकी गहरी

परतों तक विस्मरित हो जाते हैं।

इस क्षति का नाम कार्बुंकुल या कोलफुसी है (नार्तानी 'कार्वो'—कायला चारकोल), क्योंकि पूयमृतिक शोध के दरम्यान बना हुआ विमृत क्षेत्र अलकतरे की तरह काला होता है।

इसका प्रिय स्थल है—पश्च कपाल, पीठ और कमर।

निमित्त कारण अधिकांशतः सुनहरे स्ताफिलोकोक है, स्ताफिलोकोक की अन्य जातियों से यह कम ही उत्पन्न होता है।

गदजनन को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—दुर्बलता (चिरकालिक कुपोषण अथवा किसी तीव्र कायिक रोग से), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ी (विशेषकर कार्बोहाइड्रेट के विनिमय में गड़बड़ी, जैसे मधुमेह में)।

तत्त्विक चित्र और रोग-प्रवाह—शुरू शुरू में चर्म में चद अलग-थलग कटोर पर्विकाएँ अवलोकित होती हैं, जो मिलकर एकीकृत अतर्स्यद बना लेती हैं। यह अतर्स्यद बढ़ता है, कभी-कभी तो बच्चे की हथेली के बराबर भी हो जाता है। इसकी सतह अर्धवर्तुली हो जाती है, त्वचा तन जाती है और मध्य में नीलाभ हो जाती है। स्थानिक कोमलता अवलोकित होती है। यह अतर्स्यद के विकास का प्रथम चरण है, जिसमें 8 से 12 दिन लगते हैं। इसके बाद अतर्स्यदन-क्षेत्र में चद पीगा-पाएँ बनती हैं, जिनके मुँह खुल जाते हैं। कई खुले मुँहों के कारण कोलफुसी मोटा उद वाली चलनी (या छनौटे) की तरह दिखने लगती है। इन मुँहानों से रक्त-मिश्रित पूय और हरा विमृतिक द्रव्य स्रावित होते हैं। कोलफुसी के मध्य में विमृत क्षेत्र का आकार निरंतर बढ़ता जाता है। द्रव्यों के बाहर निकलने से ऊतकों में एक विस्तृत क्षति (एक व्रण) उत्पन्न हो जाती है, जो पेशियों तक पहुँच जाती है। यह दूसरा चरण, पूयन और विमरण का चरण, 14 से 20 दिनों तक चलता है। इसके बाद व्रण कणमय ऊतकों से भर जाता है और नीचे के ऊतकों के साथ सम्मिलित एक गहरा और रुखड़ा दाग बन जाता है। बड़े दाग कोलफुसी के ऑपरेशन से भी रह जाते हैं।

कोलफुसी अक्सर एकल क्षति के रूप में उत्पन्न होती है। इसके विकास के साथ-साथ तेज बुखार आता है, टाँकने की मर्मभेदी पीड़ा होती है, ठंड लगती है, चित्त अवसन्न रहता है। बुढ़ापे में, तीव्र पारमेह के कृश रोगी में और नार्विक-मानसिक अतितनाव की स्थिति में कोलफुसी का प्रवाह दुर्दम रूप धारण कर सकता है। ऐसी स्थितियाँ नवंशूलिक वेदना, विक्षिप्ति या गहन अवलुठन तथा मृपनजनित ज्वर से लक्षित होती हैं। बड़ी कुभी से अत्यधिक रक्तस्राव या मृपन के कारण मृत्यु भी हो सकती है। जब कोलफुसी नाभ के ऊपरी हाँठ के क्षेत्र में स्थित होती है, तो तीव्र छाटिकाय क्लिष्टता उत्पन्न होना - - - - - खतरा रहता है।

निदान कठिन नहीं है। आध्यात्मिक सारकस का भी ग्यान में गगना तागा जो कोलफुसी के हो सदुश होनी है, लेकिन इनमें तागा का आरंभ तागा में गगना एवं वर्धित होता है, पीपिका में कोयले (आध्यात्मिक) में पिनावा जलनी शान्ति का रूप पड़ जाती है (इसीलिये नाम पड़ा है—साध्यात्म), और इसमें निर्मातृ का गुण भी अलग होता है—अपराधिक ग्राम पोतीतिव आध्यात्मिक गगना में, तागा का गगना में भट करना आसान है, इसका लिये ऊपर वर्णित तागा का गुण का गगना में गगना पर्याप्त है।

ऊतगदलोचन—सुचर्म और अचर्म के निचल भागा का गगना विभूति करना जाती है। विमृति (विमरण) धीरे-धीरे परिसर का आरंभ करने लगती है। गदल के ये अंडे न्यूट्रोफिलो के मोटे अतस्यंद में झोने हैं।

चिकित्सा—कोलफुसी की चिकित्सा में सदा सामान्य युक्तियों का भी शामिल किया जाता है और वह फुसी की चिकित्सा से बहुत भिन्न नहीं होती। तीव्र स्थितियों में प्रतिजीवक के साथ सुल्फोनामीड दिये जाते हैं। रश्मि चिकित्सा (रेडियो-चिकित्सा) भी इस रोग में लाभ पहुंचानी है। कोलफुसी यदि लेजा से बढ़ रही हो तो उस पर गुणा की आकृति का चीरा लगाकर विमृत क्षेत्र को बाहर कर देना सुसंकेतित है। यह काम नियमित करीबन करके करना है। साथ-साथ प्रतिजीवक-चिकित्सा भी चलती है (500000U स्ट्रेप्टोमीसिन की सुई दिन में दो बार, साथ-साथ प्रतिदिन 1000000U पेनीसीलिन की सुई या इसके समतुल्य अन्य दवाओं की सुईयां)। कोलफुसी के गिर्द त्वचा को 2 प्रतिशत वैफर म्योर्गिट या सैलीसीलिक अम्ल से दिन में दो बार अनिवार्य रूप से निष्पादित किया जाता है, सभी खरोचों और निस्त्वचन पर कास्तेलानी के पेंट का अथवा आयोडिन के अल्कोहलिक घोल का लेप लगाया जाता है।

भविष्यवाणी—भविष्यवाणी रोगी की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती है।

## स्वेदग्रंथिशोथ

यह काख (अक्सर एकतरफा) या जंघामूलीय चर्म-मोड पर स्थित भ्रष्टाचार स्वेदग्रंथियों का पूयिक शोथ है। कभी-कभी यह चुचुकी, बृहत् भगोप्लो, फोता, पृष्ठद्वार आदि के भी क्षेत्रों में होता है।

हेतुलोचन—इसका सामान्यतम निमित्त कारण सुनहरे स्टाफिलोकोक है, जो लोम-मशिकाओं के मुहाने से होकर अपस्वावी ग्रंथियों की अपवाही नलियों में प्रविष्ट हो जाते हैं।

गदजनन—इस रोग के प्रवणकारी घटक निम्न हैं—शरीर की सामान्य दुर्बलता, अतिस्वेदन, काख, जंघामूली तहों तथा पृष्ठद्वार पर क्षारीय प्रतिक्रिया



वाला म्वद विशेषकर उन लोगों में जिन्हें सफाई की आदत नहीं हाता मसृणन सूक्ष्म घाव, हजामत के समय कटना, नाविक गंध अतस्वादी गडवाडियो (पारमेह जनन-ग्रंथि की गडबडी) वाले लोगों में कडुक चर्मक्लेश के स्थलों पर खरोच (नोचने से) तथा स्थानिक प्रतिरोध में कमी। म्वटक अपवाही ग्रंथिया सिर्फ योनपरिपक्वता-काल में विकसित होती है (लड़कियों में लडकों की अपेक्षा कुछ पहले)। स्त्रियों में उनकी संख्या पुरुषों से अधिक होती है, स्त्रियों में यह रोग अवलोकित भी अधिक होता है। बुढापे में इन ग्रंथियों की क्रियाशीलता निर्वाप्त हो जाती है (बुझ जाती है), इसीलिये बुढापे में यह रोग नहीं होता।

**तल्पिक चित्र और प्रवाह**—शुरू-शुरू सुचर्म और अवचर्म की गहराइयों में टीले जैसे अलग-थलग पर्व (गांठ) परिस्पर्शित होते हैं। रोगी को हल्की खुजली या पीडा महसूस होती है। पर्व आकार में शीघ्र बडे होते हैं, चर्म से चिपक जाते हैं (नीचे से) और नाशपाती की आकृति ग्रहण कर लेते हैं, उनका ऊपरी उभार 'कुतिया के थन' की तरह चुचुकाकार होता है। त्वचा नीली-लाल हो जाती है, ऊतक में शोफ बढ जाता है, पीडा भी साथ-साथ बढती है। असंपृक्त (एक-दूसरे से पृथक्) पर्व अक्सर संलीन हो जाते हैं, उनमें मुलायमियत आ जाती है, फिर सिहरन उत्पन्न होती है, जिसके बाद उनका मुह अपने-आप खुल जाता है और उनमें से रक्त-मिश्रित गाढा पूय स्रावित होता है। विमृत्तिक क्रोड नहीं बनता। कभी-कभी फ्लेगमोन (दाहक फोडा) से मिलता-जुलता एक चकतीनुमा विसरित अतर्स्यद बन जाता है, इस स्थिति में पीडा सिर्फ चलने-फिरने में ही नहीं, विश्राम के वक्त भी होती है, रोगी अशक्त हो जाता है। क्षति की परिपक्वता के साथ-साथ अस्वस्थता बढती है, तापक्रम कुछ ऊचा हो जाता है, पीडा तेज होती है। गाठ (पर्व) का मुह खुलने पर उसमें तनाव और पीडा की अनुभूति कम हो जाती है, व्रण कुछ दिनों में ठीक हो जाता है (अंतर्स्यद को विलीन होने में कुछ अधिक समय लगता है)। पुनरावर्तन अक्सर होता रहता है और इससे प्रक्रिया का प्रवाह विलंबित हो जाता है। काक्षिक (काख का) स्वेदग्रंथिशोथ एक तरफ होता है, पर दोतरफा क्षतियां भी देखने को मिलती हैं। स्वेदग्रंथिशोथ औसतन 10 से 15 दिनों में समाप्त हो जाता है, लेकिन विलंबित प्रवाह भी बहुत अक्सर अवलोकित होता है (विशेषकर अतिस्वेद तथा पारमेह के रोगियों में और उन व्यक्तियों में, जो त्वचा की सफाई पर ध्यान कम देते हैं)।

**ऊतगदलोचन**—प्रक्रिया सुचर्म और अवचर्म वसा की विभाजक सीमा-रेखा द्वारा स्थानाबद्ध होती है। अपवाही ग्रंथि और उसके गिर्द स्थित योजक ऊतकों को एक पूयिक अतर्स्यद आच्छादित कर लेता है, जिसमें शुरू-शुरू (आरंभिक चरण पर) में मुख्यतः न्यूट्रोफिल ही होते हैं, पर बाद में लसकोशिकाएं और प्लाज्मा-कोशिकाएं

भा. आर्मिल हान लगना ७ । इससे यदि जिन नेतृत्वियों ने प्रस्ताव मन्तर किया  
है, उन अन्य अपेक्षाओं की विलोपना की जाये, तो प्रस्ताव मन्तर नम  
पुनिक संगणन उत्पन्न करके उन्हें मन्तर मन्तर ८ ।

निदान—रोग की विशिष्ट स्थानावस्था और उसकी विशेषताओं के बिना ही कारण निदान बहुत सम्भवता है साथ ही रोगी के सामान्य जीवन की अनुभूति-शक्ति, स्वेदार्थिशोध का फुर्सी से विमोचन (रक्तार्थ) करने से। भगवत् साधन-जो रोग प्रवाह अधिक विलम्बित होता है, नसपत्र रोगी नासूर में अंगुली से रोगी को डसके अतिशक्ति, इसमें पीड़ा नहीं होती, विरक्त ब्राह्मण क्षेत्र विरक्तमन में जाता है, अनेक नासूर हो जाते हैं, जो तीव्र होने के बाद संतप्त दाह भाव उत्पन्न है (नासूर—व्रण में दूर गहवाई तक गया हुआ नलीनुमा छेद, जिसमें पीप बहकर निकलती है।—अनु)।

**चिकित्सा**—आरंभिक चरण पर ही दाँत का विकास गंजने के लिये परामर्शानुसार उच्चावृत्तिक विद्युतधारा, पराबैंगनी विकिरण, शुद्ध इथरामॉल ( 'केक'), एक्स-विकिरण के उपयोग की सलाह दी जाती है। एक्स-चिकित्सा आवश्यकतानुसार तीन-चार दिनों पर दोहरायी भी जा सकती है; इसकी खुराक बहुत कम होती है - 50-80 (रेटगेन), 1-2 मिलीमीटर मोटे अलुमिनियम के फिल्टर (A1 फिल्टर) में लैम्प, लवचा-फोकस की दूरी 30-40 सेंटीमीटर; 120KV (किलोवोल्ट)। एक्स-रे का प्रयोग उस स्थिति में भी लाभकर होती है, जब रोग में विलंबित प्रवाह ग्रासन करने की प्रवृत्ति आने लगती है और उसका पुनरावर्तन रोकने लगता है। सफ़ाजत (एक जगह जमा) विद्राधियों की स्थिति में करोर्जन की सहायता ली जाती है। 0.5-1.0 प्रोसेन हाइड्रोक्लोराइड घोल (8-10 मिलीलीटर) की सुई, पेनीसिलीन (300000-500000U) के साथ या तेत्रालेआन के जलीय घोल की सुई क्षति के गिर्द लगाने की सलाह दी जाती है, यदि अतस्पर्दन और पीडा अत्यधिक होती है। इससे पैठन की घेराबदी हो जाती है; यह काम हर एक दिन बीच देकर करना चाहिए, चिकित्सा चार या पांच बार में सपन्न हो जाती है। चिरकारी (चिरस्थायी) कृटाली तथा पुनरावर्ती स्वेटग्रंथिरोग में टीका से चिकित्सा एक विवेकसंगत उपाय है। अन्य बातों में इस रोग की चिकित्सा फुंसी जैसी ही होती है। निरोध (रोग की रोकथाम) सफाई की सही आदतों से होता है (शरीर को अक्सर साबुन व स्पंज से साफ करना); काख को सैलीसीलिक अल्कोहल या बोरो-कॅफर स्प्रीट से निष्पेठित करना चाहिए।

अब हम उन स्ताफिलोचर्मताओं का वर्णन करेंगे, जो मुख्यतः नवजात एवं पयोषा शिशुओं को होती हैं—वस्त्रिक पीपिका, पयोषा की बहुलित विद्राधि, नवजात शिशुओं में बहुमारीक (एपीडेमी शब्द का ऐतिहासिक अर्थ है महामारी अर्थात्

ऐसा रोग, जिससे रोग की-परी आवादी नष्ट हो जाया करती थी। आयुर्वेद में इसका नया अर्थ है—किन्हीं क्षेत्र-विशेष में किसी रोग का किन्हीं खास प्रकार के लोगों के समूह पर एक ही समय आक्रमण; रोग का जाननेवा होना जरूरी नहीं है। 'महामारी' में इस अर्थ की भिन्नता दिखाने के लिए हिंदी आयुर्वेद साहित्य में 'जानपारिक रोग' का प्रयोग शुरू हुआ। इससे कुछ दूर तक काम चलाया जा सकता है, लेकिन अन्य शब्द व्युत्पन्न नहीं किये जा सकते (एपीडेमिओलोजी ?)। 'वहमारी' शब्द दोनों अर्थों में प्रयुक्त हो सकता है और यह अधिक व्युत्पादन शम है।—अनु.) बुदबुदिया, रूट्टर (Ritter) द्वारा निरूपित अपशक्ती चर्मशोथ और नवजात शिशु की बुल्लेदार बुदबुदिया।

## वस्तिक पीपिका

ये ऐसी क्षतियाँ हैं, जो सामान्यतः नवजात शिशु के जीवन में प्रथम दिनों होती हैं। यह अवस्था पिन के सिर से लेकर मटर के दाने के आकार तक की असंख्य पीपिकाओं की उत्पत्ति द्वारा लक्षित होती है, इन पीपिकाओं में सफेद-पीला द्रव्य होता है और इनके परिसर में रक्तातिरेक और शोफ अवलोकित होता है।

हेतुलोचन रोग विभिन्न स्ताफिलोकोकी जातियों से उत्पन्न होता है।

गदजनन अतिस्वेदन से उत्पन्न मसृणन, अपरिपक्वता, दुर्बलता और कृत्रिम पोषण—ये सभी संघटक घटक हैं।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—पेटन स्वेद-ग्रथियों के मुहाने में शुरू होता है, जहाँ एक चमकदार अतिरिक्तल सीमा से घिरी नन्ही अ-संसादी पीपिकाएँ बनती हैं। जघामूल और काख पर त्वचा की सलवटे, शिरोवल्क और धड़ की त्वचा इस रोग के प्रिय स्थल हैं। कमजोर बच्चों में काफी विस्तृत क्षेत्र रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ जाते हैं; जो संलीन होने (आपस में मिलने) की प्रवृत्ति रखते हैं, क्षति काफी गहराई तक पहुँच जाती है।

निदान—अक्सर निदान में कोई खास कठिनाई नहीं होती। पूयचर्चता से विलिष्ट खाज में वस्तिक पीपिकाएँ हथेलियों, तलवों, नितबों, पेट, नाभि के गिर्द तथा हाथों की ऋजुकारी (मूँड़े हाथ को सीधा करने वाली) पेशी की सतह पर जोड़ियों में उत्पन्न होती हैं। जोड़ियों में बनी वस्तिक पीपिकाओं के बीच बिलों में खाज उत्पन्न करने वाली कुटलियों का पता लग जाने पर निदान सरल हो जाता है।

चिकित्सा और निरोध—रोग-काल में बच्चे को धोना या नहलाना अवाञ्छनीय है। त्वचा के स्वस्थ क्षेत्रों पर कोई हल्का निष्पैठक घोल लेपना चाहिए। स्वेद कम करने का उपाय करना चाहिए। ग्रस्त क्षेत्रों पर अनीलीन रंजको का जलीय व अल्कोहलिक घोल लगाना चाहिए।

## पयोपा शिशु में बहुलित विद्रधि

पयोपा तथा छोटे बच्चों में यह रोग तब आता है जब पेटन-अपवाही मार्ग तथा अपवाही स्वेद ग्रंथियों की गुच्छिकाओं में पहुँच जाना है।

हेतुलोचन—सुनहरे स्ताफिलाकोक इस रोग के निर्माण का प्रमुख भाग माना जाता है, लेकिन अन्य जीवाणु भी संभव हैं—रुक्मिलयकार्गी स्वेदाकार्क ; जनमयन स्वयंजन, मेउवसलजपवनेद्वि, आत्र-गुशेरीखिया ; स्वीमतपवीप ववसपद्वि, सामान्य प्रेनेउस, च्त्वजमने अनसहंतपेद्व आदि।

गदजनन—गादिक अवस्था के विकास को सुगम करने में निम्न पटकों का योगदान हो सकता है—बच्चे की सफाई में कमी, अतितापन (काफ़ी गर्म कपड़े पहनाने से), भीगे कपड़ों को लंबे समय तक नहीं बदलना, अनिस्वदन (जिन्से चर्म बहुत मुलायम व नम हो जाता है), आंतरिक कुपोषण, अपवाप्त आहार, गलत आहार, आत्रशोथ, सामान्य पैठन आदि। यह रोग अधिकांशतः अपवाप्त नवजात शिशु में पाया जाता है, या ऐसे बच्चों में, जिनका शारीरिक प्रतिरोध कम होता है।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—यदि स्वेद-ग्रंथि के अपवाही मार्ग का सिर्फ मुहाना पैठनग्रस्त होता है, तो छोटी (वाजरे के दाने के बराबर) सनही पीपिका (परिरधशोथ) बनती है, जो थोड़े ही समय में सूखकर खड़ी बना जाती है और बिना कोई निशान छोड़े ठीक हो जाती है। लेकिन सामान्यतः पूरा अपवाही मार्ग और स्वेद-ग्रंथि का ऊपरी भाग पैठन-ग्रस्त हो जाता है। ऐसी स्थितियों में अनेक कटोर लाल-नीचे पर्व विकसित हो जाते हैं, उनकी पारस्परिक सीमा-रेखाएँ स्पष्ट होती हैं। वे पहले मटर के दाने के बराबर होते हैं, फिर तेजी से बढ़कर बेर का आकार ग्रहण कर लेते हैं। पर्वों के केन्द्र जल्द ही मुलायम हो जाते हैं, वहाँ चर्म पतला होता है और उसमें द्रव का जमाव परिस्पर्शित होता है। इसके बाद उनके मुँह खुल जाते हैं और रक्त-मिश्रित पतला पू्य निकलता है। प्रक्रिया खत्म होने पर दाग रह जाता है। बहुलित विद्रधिया सामान्यतः उन स्थलों पर होती है, जहाँ शरीर विस्तार को स्पर्श करता है (सिर का पिछला भाग, पीठ नितंब, जाँघें)। जब कई दर्जन पर्व (गाँठें) बन चुकते हैं, तब प्रक्रिया वक्ष और पेट की त्वचा तक फैल सकती है। शिशु की सामान्य अवस्था अधिकांश स्थितियों में संतोषजनक ही रहती है, शरीर का तापक्रम विरले ही ऊँचा उठता है। दुर्बल पयोपा बच्चों में क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है, जैसे फ्लेगमोन, मध्य कर्ण का शोथ, यकृत और प्लीहा की क्षति और यहाँ तक कि घातक सृपन भी शुरू हो सकता है। इन स्थितियों में स्फोट बारी-बारी से कभी यहाँ, तो कभी वहाँ उत्पन्न होते रहते हैं, बुखार और श्वेतकोशिकाव्लेश होते हैं, ESR बढ़ जाता है, व्रण लंबे समय तक ठीक नहीं होते।

विमृति स्वेद ग्रथियो क अपवाही भाग मे होती ह और सूचम तथा अवचम तक फैल जाती है। स्ताफिलोकोक और अन्य रोगकारी जीवाणुआ के दड़े-बड़ जमघट स्वेदमार्ग (नली) के भीतर बन जाते है।

**निदान—**निदान पयोपा बच्चो मे गाढो (पर्वो) के भीतर विना तीव्र शोथ के द्रव की उपस्थिति के अनुवेदन पर आधारित होता है। इस उम्र मे फुसीक्लेश विरला ही होता है और यदि होता भी है, तो बहुत अल्प क्षतियों, तीव्र शोथ क लक्षणों और विमृतिक क्रांड के साथ ही होता है। परिरधशोथ को मशिकाशोथ से इतरित करना चाहिए, जिसमे क्षति सदैव लोम-मशिका और लोम-डठल से सबधित होती है; लोम-डठल पीपिका के केद्र मे पाया जाता है। इसके अतिरिक्त, फुसी की तरह मशिकाशोथ भी अधिक उम्र के ही बच्चों में होता है। पयोपा बच्चे मे बहुलित विद्रधि का आरभ कुछ हद तक पिटकमृतिक गठिक्लेश के आरभिक चरण से मिलता-जुलता हो सकता है, जब क्षतियां शिरोवल्क तथा धड की त्वचा तक ही सीमित रहती है और पनीर जैसी विमृति विकसित नहीं हुई रहती है। अन्य अगों मे गठिक्लेश की अभिव्यक्तियो तथा पिके (pauquet) की प्रतिक्रिया के परिणामो को भी ध्यान म रखना पड़ता है। कभी-कभी इस रोग को कठमालचर्मता से भी इतरित करना पड़ता है, जो अक्सर अलग-थलग क्षतियो के रूप मे उत्पन्न होती है। कठमालचर्मता मे क्षति का मध्य भाग जल्द ही गलकर खुल जाता है और अत्यल्प सीरमी स्त्राव वाले द्रव में परिणत हो जाता है, जिसमें कणीकरण बहुत मंद गति से होता है।

**चिकित्सा और निरोध—**निरोध विशेष महत्त्वपूर्ण है—बच्चे की देख-भाल मे सफाई, समय पर नहलाने, पोतडो और अन्य वस्त्रो को बदलने आदि के काम को प्राथमिकता देनी चाहिए। हाइजिनिक पाउडर, युक्तिसंगत आहार, अतितापन से रक्षा आदि भी आवश्यक उपाय है।

विद्रधि पर शुद्ध इख्यामोल ('केक' के रूप मे) लगाया जाता है। आवश्यकता होने पर विद्रधि को करोर्जिक विधियो से खोला जा सकता है। स्वस्थ त्वचा को कैफर स्पीरिट से पोंछना चाहिए।

स्नान कुछ समय के लिये रोक देना चाहिए। प्रतिजीवक, सुल्फोनामीड, अन्य स्फूर्तिदायक उपाय, मा के रक्त तथा गामा ग्लोबूलिन की सुई आदि प्रलिखित की जाती हैं। यदि सुसंकेतित हो, तो अनपच और स्थानाबद्ध पैठन के अड़े की भी चिकित्सा करनी चाहिए।

**भविष्यवाणी** पर बहुत सावधानी से विचार करना चाहिए। दुर्बल बच्चों मे, क्लिष्टताए होने पर या सहवर्ती न्युमोनिया (क्लोमशोथ), एंटेरोकोलीटिस होने पर अच्छी भविष्यवाणी नही की जा सकती

# नवजात शिशुओं में जानपाँटेक बुटबुटिया

यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है।

**हेतुलोचन**—रोग-विशेष नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है।

**गदजनन**—रोग-विशेष नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है।

**बहुमारीलोचन**—रोग-विशेष नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है।

**तल्पिक चित्र और प्रवाह**—रोग-विशेष नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है। यह रोग नवजात शिशुओं में अधिक होता है।

रु (भन्सार)। ऊमजार तथा अपरिपक्व पयोपा वच्चा में यह रोग बहुत तेजी से फैलता है (फटे बुल्ला में से पीप के स्वपेठन से)। वच्चा बेचैन हो जाता है, ठीक से सो नहीं पाता, शरीर का तापक्रम  $38-39^{\circ}\text{C}$  हो जाता है; अनभुख, अनाशाशिकाक्नेश, एओर्जीनोफीलिया तथा ESR वर्धन भी अवलोकित होता है। इन स्थितियों में अनेक क्लिष्टताएँ उत्पन्न हो सकती हैं—कर्णशोथ, क्लोमशोथ, फंगमान और यहाँ तक कि सुपन भी।

मर्यादागिक बुदबुदिया (रह-रहकर) विस्फोट की तरह होता है, एक साथ ढेर सारा बुल्ला थोड़े-थोड़े समय पर निकल आते हैं। स्फोटन रुकने पर कुछ समय बाद उनका पुनरावर्तन भी हो सकता है। यदि कोई क्लिष्टता उत्पन्न नहीं होती, तो रोग तीन से पाँच सप्ताह में ठीक हो जाता है।

**ऊतगदलोचन**—बुल्ला का शीर्ष सामान्य शृंगी परत से बना होता है और आधार काटल परत से। बुल्ला के कोटर में श्वेतकोशिकाएँ, काटल परत की मृत कोशिकाएँ तथा रंगकारी जीवाणु होते हैं। वस्तिकाएँ शोफित होती हैं और कुभियों के गर्द हल्का अतर्स्यदन होता है।

**निदान**—निदान प्रथम दो सप्ताह में बुल्लों के निकलने की वारी (पाली) पर, उनके द्रुत विकास और उनके आधार (तली) में अंतर्स्यद की अनुपस्थिति पर आधारित होता है। विभेदक निदान सबसे पहले सीफिलिक बुदबुदिया और जन्मजात अधिचर्मलयता के साथ किया जाता है, जो जन्म के समय उत्पन्न होती है। नवजात की सीफिलिक बुदबुदिया में बुल्ला अतर्स्यदित आधार (तली) के साथ मुख्यतः कथेलियों, तलवों और नितबों पर होता है। इसके अतिरिक्त आरंभिक सीफिलिस के लक्षण पाये जाते हैं। सीफिलिक नासाशोथ, वस्तिकाएँ, होखजिगर (Hochsinger) द्वारा वर्णित विसरित अतर्स्यदन, बुल्ला से निकले स्राव में त्रेपोनेमा पालीडुम का पता लगाना, लंबी गंठिक अस्थियों पर प्रभाव, वासरमान (Wassermann) द्वारा निरूपित परीक्षण के धनात्मक परिणाम, प्रेसीपीटिन प्रतिक्रिया, त्रे. पालीडुम के निश्चलीकरण का परीक्षण आदि। जन्मजात अधिचर्मलयता में बुल्ले चर्म के उन्ही क्षेत्रों में स्थानाबद्ध होते हैं, जहाँ चोट आयी रहती है, नवजात शिशु में ये स्थल हैं—सिर, कंधे, पैर। बुल्लानुमा क्षतियाँ बहुत अल्प संख्या में होती हैं (कहीं-कहीं एकाध)। शोथ अक्सर नहीं होता, या मुश्किल से व्यक्त रूप में होता है। जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलयता का कुपोषी रूप नखों, दातों तथा बालों में कुपोषण परिवर्तनों द्वारा लक्षित होता है। छोटी शीतला (चिकेन पौक्स) में पीपिकाएँ अपने स्वच्छ पीताभ अतर्द्रव्य के कारण वस्तिकाओं और बुल्लाओं से मिलती-जुलती हैं। गोल (वर्तुली) तनी हुई पीपिका के मध्य में कुछ दबा हुआ स्थल एक महत्वपूर्ण निदानिक लक्षण है। परिसर में पीपिकाएँ हल्के शोफित अति



रक्तिल ऊतक के सकल क्रियधन ग घिरी हावा व ठाण जीनला या पापहाण विरले ही फटती है उनका अंतद्रव्य मूखकर पूय मार्गमा खड्डो में परिणन हो जाना है।

**चिकित्सा**—बुल्ला का मुह खोलकर अधिचर्म अन्शेषों का सावधानीपूर्वक निकाला जाता है। अपरदन पर 5 प्रतिशत वारिक अम्ल और नफथालान या मलहम, या 3-5 प्रतिशत सुल्फोनामीड तथा 2-3 प्रतिशत प्रतिजीवका से युक्त मलहम, या अनीलीन रंजकों का 1 प्रतिशत घोल लगाया जाता है। गुनगुने पाना से पोटाशियम परमैंगनेट घोलकर स्नान या धोने की सलाह दी जाती है। तब एवं विस्तृत क्षतियों की स्थिति में प्रतिजीवको, सुल्फोनामीड और वी-संकुल के विटामिनो से सामान्य चिकित्सा की जाती है, इसी उद्देश्य से मा के रक्त की सुई भी ली जाती है। विशेष तीव्र स्थिति में (जब रोग चर्मरुण रूप में होता है) कोटिकोस्टेरोइडों से शिशु की प्राण-रक्षा हो सकती है। बच्चे की चिकित्सा और देखभाल में पूर्ण सफाई रखना परमावश्यक है।

**निरोध**—कपड़े, वस्त्र आदि कम अंतरालों पर बदलते रहना चाहिए। प्रसूति-मृता में परिचारिकाओं तथा माओं को हाइजिन के सिद्धांतों से अवगत होना चाहिए और नवजात शिशु के पास आने से पहले मुह-नाक पर गजी (जालीदार सूनी कपड़े) का टुकड़ा बाध लेना चाहिए। नर्सों, प्रसूतको, धाया आदि सभी कर्मचारियों की समय-समय पर जांच होनी चाहिए, ताकि यदि उनमें चर्मपूयता का अधिकेंद्र (अड्डा) हो, तो ठीक समय पर पता चल जाये। यदि किसी में चर्मपूयता का अधिकेंद्र मिले, तो उसे अस्थायी तौर पर किसी अन्य काम पर स्थानांतरित कर देना चाहिए। नेटा (नासा-स्राव) तथा गले के खखार का भी परीक्षण करना चाहिए कि कोई वासिलो का वाहक तो नहीं है। कक्षाओं को क्वार्टस्-लैंप से विकिरणित करना चाहिए और सभी प्रकार की सफाई भीगे कपड़े से करनी चाहिए।

**भविष्यवाणी** नवजात शिशु की प्रतिरोध-क्षमता, उसकी प्रतिकारिता-शक्ति और शरीर में रोग के फैलाव पर निर्भर करती है। रोग के सुदम रूप में वह अच्छी हाती है और दुर्दम रूप से वह गंभीर भी हो सकती है। प्रतिजीवको के आविष्कार से पहले बहुमार्किक बुदबुदिया से मृत्यु की दर 50 से 60 प्रतिशत तक थी। अब वह बहुत घट गयी है।

## रिट्टर का रोग (नवजात शिशु में अपशल्की चर्मशोथ)

कुछ वैज्ञानिक इसे नवजात शिशु में अधिचर्म बुदबुदिया का ही तीव्र रूप मानते हैं, जबकि अन्य वैज्ञानिक दोनों को अलग-अलग रोग मानते हैं। प्रथम मान्यता इनके अस्थायी तत्त्विक रूपों इनके छतहापन और प्राथमिक क्षतियों की



विशेषताओं पर आधारित है।

**हेतुलोचन**—अधिकांश वैज्ञानिक अपशल्की चर्मशोथ को स्ताफिलोकोको के पेटन से उत्पन्न मानते हैं (अधिकांश उदाहरणों में सुनहरे स्ताफिलोकोक ही गदजनक पाये गये हैं)। कुछ वैज्ञानिक इसे स्ताफिलोकोको और स्त्रेप्टोकोको के मिश्रित पेटन से उत्पन्न मानते हैं, क्योंकि कुछ उदाहरणों में स्त्रेप्टोकोको का बहुगुणन भी देखा गया है।

गदजनन की युक्तियाँ दोनों ही रोगों में एक जैसी हैं।

**तल्पिक चित्र और प्रवाह**—नवजात में बहुमार्किक बुदबुदिया की तरह यह रोग भी जन्म के बाद प्रथम सप्ताह के ही दौरान होता है। पहले मुँह में एक चमकदार शोफित शोथी ललामी उत्पन्न होती है, जो जल्द ही गले की सलबटों पर और नाभि, जननेन्द्रिय व पृष्ठद्वार के गिर्द फैल जाती है। इसकी पृष्ठभूमि पर बड़े-बड़े वर्तुली एवं तनावपूर्ण बुल्ले उत्पन्न होते हैं, जो जल्द ही फट जाते हैं और उनके स्थान पर स्रावयुक्त अपरदित सतह रह जाती है। हल्की क्षति से भी शोफित एवं ढीली अधिचर्म अपनी जगह से उधड़ जाता है। जब अपरदनो के गिर्द स्थित अधिचर्म की धज्जियों को चिमटे से खींचा जाता है, तो वे नीचे की परतों से अलग हो जाती हैं—यहाँ तक कि स्वस्थ दिखने वाली त्वचा पर भी दूर-दूर तक (इसे निकोल्स्की-निरूपित धनात्मक चिह्न कहते हैं)। इसके पूर्ववर्ती लक्षण या तो बिल्कुल नहीं होते, या मतली और ज्वर में व्यक्त होते हैं। कुछ स्थितियों में बुल्लानुमा स्फोट शुरू में रहते हैं पर बाद में रोग चर्मरुणता के लक्षण ग्रहण कर लेता है। कुछ रोगियों में यह रोग चर्मरुणिक परिवर्तनों की उत्पत्ति से शुरू होता है। ऐसी स्थिति में चर्म की लगभग सारी सतह दो-तीन दिनों में रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ जाती है। रोग के तीन चरणों में भेद किया जाता है—ललामिक, अपशल्की, नवजनक। प्रथम चरण में त्वचा विसरित रूप से लाल होती है, शोफ होता है। बुल्ला उत्पन्न होते हैं। अधिचर्म में और इसके नीचे रिसाव होता है, जिससे निस्त्वचन शुरू होता है, जगह-जगह पर अधिचर्म उधड़ जाता है (निकोल्स्की-निरूपित लक्षण)। द्वितीय चरण अपरदनो द्वारा लक्षित होता है, जो परिसरीय प्रसार की प्रवृत्ति रखते हैं और सलीन हो जाते हैं। यह सबसे गंभीर काल होता है (बच्चा द्वितीय, कोटि के झुलसन से ग्रस्त रोगी की तरह लगता है। उच्च ज्वर, अनपच, अल्परक्तता, श्वेतकोशिकाक्लेश, एओजीनोफीलिया, उच्च ESR, भाग में कमी, निर्बलता आदि अवलोकित होते हैं। तृतीय, नवजनक चरण में चर्म का रक्तातिरेक और शोफ कम हो जाते हैं, अपरदन पर उपकला का जन्म होने लगता है।

रोग के हल्के रूप में इन चरणों की प्रकृति इतनी स्पष्ट नहीं होती। तीव्र

शोथ 10 से 14 दिनों में दूर हो जाता है और अधिचर्म के बहुपर्याय निःशल्कन की प्रचुरता देखी जाती है। तीव्र कैंसो में प्राक्रिया सूजन के रूप में ग्रहण कर लेती है और अक्सर क्लिष्टताएँ भी उत्पन्न होती हैं (कैंसोमशोथ, कैंसोशोथ, टाटिकोथ प्रक्रियाएँ, फ्लेगमोन), जो घातक सिद्ध हो सकती हैं। कुछ बड़े नवजात शिशुओं में रोग का प्रवाह कुछ सुदम होता है।

नवजात में बहुमार्मिक बुदबुदिया की तरह यह रोग-प्राक्रिया भी मृदु, होता, नाक और जननेंद्रियों की श्लेष्मल झिल्ली पर फैल सकती है; तब माथ में अपरदन और फटाव भी होता है (मुँह के कोनों पर, झोठों पर)।

ऊतगदलोचन—अधिचर्म में रिसाव से शृंगी परत से उभार उत्पन्न हो जाना है या वह बिल्कुल खत्म हो जाती है। काटल, पिटकामय एवं अवपिटिकामय में स्पष्ट शोफ उत्पन्न होता है, रक्तकुंभियों का विस्फारण हो जाता है और श्वेतकोशिकीय अतर्क्य बन जाते हैं।

निदान के आधार हैं—नवजात शिशु के जीवन के प्रथम दो या तीन सप्ताह के अन्दर चर्म में विस्तृत शोथी परिवर्तन (साथ-साथ बुल्ला उत्पन्न होने के, जो चोड़ियों के रूप में अपशल्कन को स्थान देते हुए गायब हो जाते हैं), रोग की हठात शुरुआत और तीव्र प्रवाह जो कभी-कभी तीव्र सांगोपाग अवस्था द्वारा लक्षित होता है, क्षतियों की विशिष्ट स्थानाबद्धता, धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और रक्त में रूपलोचनी परिवर्तन।

विभेदक निदान दग्ध, बुल्लेदार अधिचर्मलय, प्रारम्भिक जन्मजात सीर्फिलिस की बुदबुदिया, लाइनर-रोग (अपशल्की चर्मरुणता) तथा जन्मजात मीनचर्मता-सदृश चर्मरुणता के साथ किया जाता है। दग्ध की संभावना रोग-वृत्ति के आधार पर त्यागी जा सकती है। बुल्लेदार अधिचर्मलय और सीर्फिलिसी बुदबुदिया से भिन्नता दिखाने वाले लक्षण पूर्ववर्ती अनुच्छेद में बताये गये हैं। लाइनर-रोग बड़ी उम्र के बच्चों में होता है, यह लक्ष्मिक-अपशल्की क्षतियों द्वारा लक्षित होता है; इसमें बुल्ला नहीं बनते, लेकिन पृष्ठद्वार और जननेंद्रिय के क्षेत्र (वृहत्त चर्म सलवटों पर) पूरी तरह ग्रस्त हो जाते हैं। क्षतियाँ धड़, चेहरे और शिरोवल्क पर होती हैं, जिनका अधिकतम विकास जीवन के द्वितीय महीने में होता है। इसके बाद अपशल्की चर्मशोथ गायब हो जाता है। अपरदन कम चमकदार होते हैं, वे रसालु-से दिखते हैं। क्षतियों का रंग पीताभ होता है; शल्क तैल तथा पीताभ होते हैं (इन लक्षणों के कारण अपशल्की चर्मरुणता वप्रास्नावी दिनाई की तरह लगती है)। जन्मजात मीनचर्मता सदृश चर्मरुणता का बुल्लेदार रूप जन्म के पूर्व ही विकसित होने लगता है और बुल्लो, अपरदनों तथा व्रणों से युक्त चर्मरुणता के रूप में व्यक्त होता है (जो चोट लगने वाली जगहों पर अधिक स्पष्ट होता है) - हथेलियों और

तलवों पर अतिशृंगन होता है। इन सभी लक्षणों के साथ-साथ अस्थियों तथा दातों की विसंगति और क्षीण वृद्धि का भी सम्मेल हो जाता है। रोग का विकास शरीर के सामान्य तापक्रम और रक्त के सामान्य रूपलोचन के परिप्रेक्ष्य में होता है।

**चिकित्सा**—ऐसे रोगियों की चिकित्सा अपेक्षाकृत कठिन है और इसमें चर्मलोचक व बालरंग-विशेषज्ञ के सम्मिलित प्रयास की आवश्यकता होती है। पहले विवेकसंगत आहार निश्चित करना चाहिए और सफाई का पूरा ख्याल रखना चाहिए। ठंड से बचाना चाहिए (शीतलतादायक लोशन और पुल्टिस प्रतिसर्केतित है)। बाह्य चिकित्सा में प्रतिशोथी प्रभाव डालने तथा पूय-खड्डियों को हटाने के लिये चरणगत थेरापी के रूप में निम्न दवाएँ प्रलिखित होती हैं—5 प्रतिशत नेओमीसिन, गेलिओमीसिन या डीविओमीसिन से युक्त महलम; 0.5-1.0-3.0 प्रतिशत एरीथ्रोमीसिन या 5 प्रतिशत पोलीमिक्सीन से युक्त महलम। सीमित क्षेत्रों पर कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोनो और प्रतिजीविकों से युक्त महलम एंव क्रीम भी प्रयुक्त हो सकते हैं, जैसे—लोकाकोर्टेन, ओक्सीकोर्ट, गेओकोर्टन, डेर्मोजोलोन। सामान्य (सागोंपांग) थेरापी में पेनीसिलिन या तेन्नासिक्लीन-यौगिक, सुल्फोनीलामीड (सूक्ष्मतृणों की संवेदिता और बच्चे की सहन-शक्ति को ध्यान में रखते हुए), विटामिन बी-संकुल, विटामिन 'सी' और मा के रक्त की सुई का उपयोग होता है। स्टेरोइड हार्मोन उग्र स्थितियों में ही दिये जाते हैं। सृपन होने पर प्रतिजीवक थेरापी के साथ-साथ डेक्स्ट्रानों, नैसर्गिक प्लाज्मा, ताजा साइट्रेटकृत रक्त, कोट्रीकाल और पाबा तदनुरूप खुराको में नित्य दो बार (हर 12 घंटे पर) दिया जाता है।

**निरोध** के उपाय वैसे ही हैं, जैसे जन्मजात बहुमार्क बुदबुदिया के लिये।

**भविष्यवाणी** गभीर (खतरनाक) है और अधिकांशतः शरीर की प्रतिरोधिता तथा प्रक्रिया के प्रसार व तीव्रता पर आधारित की जाती है। प्रतिजीवको और स्टेरोइड हार्मोनो के उपयोग से इस रोग के कारण मृत्यु की दर बहुत घट जाती है।

## नवजात में बुल्लेदार इंपेतिगो

यह रोग नवजात में बहुमार्क बुदबुदिया का हल्का रूप माना जाता है, जिसमें यह अपर्याप्त चिकित्सा के कारण परिणत हो सकता है। बच्चे का स्वास्थ्य खराब होने पर भी परिणत हो सकता है। यह स्ताफिलोचमता का एक सुदम रूप है और मटर या चेंरी के आकार के अलग-थलग स्थानाबद्ध एकल कोटरीय बुल्लों द्वारा लक्षित होता है। बुल्ले का शिखर पतला तथा तनावपूर्ण होता है और आद्र (गीले) अपरदन को नगा करते हुए शीघ्र ही फट जाता है। उनका अंतर्द्रव्य सीरमी या सीरम-पूयिक होता है। स्राव सूखकर पतली सतही खड्डी में परिणत हो जाता है। बुल्ले धड़ एवं हाथ-पैरों पर उत्पन्न होते हैं और उनमें परिसर में प्रकीर्णित होने

(बिखरने) की प्रवृत्ति होती है। बच्चों की सामान्य अभिरक्षा में रोगों को काट गन्धर्वी होती है।

निदान में कोई कठिनाई नहीं होती।

चिकित्सा—बच्चों को खोलकर अपरदन पर तनीर्मीन रक्तों का संपर्क लगाया जाता है। बच्चों की इस काल में अन्य मायौगिक रोगों से रक्षा करना चाहिए, क्योंकि वे रोग-प्रक्रिया के प्रवाह को उग्र कर सकते हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

## जंतुक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)

जंतुक परजीवियों से उत्पन्न होने वाले चर्मरोगों को जंतुक (या जंतुक) चर्मरोग कहते हैं। जंतुक परजीवियों में निम्न के नाम आते हैं—जूं (यूका), पिम्पू (पिशू), खटमल, मच्छड और कुटकी की कुछ जातियाँ (खाजकारी कुटकी, घाँटों व चूँचों की कुटकियाँ, दानेदार खुजलियों के निमित्त कारण आदि)। चर्मलांचक के चिकित्सानुशीलन में महत्त्वपूर्ण रोग है—खाज और यूकानि (निल्लडयन्नेश)। इनका आक्रमण रोगी व्यक्ति के साथ सीधे संपर्क से या उसकी वस्तुओं (अप्रत्यक्ष मार्ग) से होता है—विशेषकर उसके वस्त्रों और बिस्तर से।

ये रोग विशेषकर युद्ध, अकाल, बर्बादी, वृहत् पैमाने पर जागों के विस्थापन के समय फैलता है। अधिक जमघट, अनियमित स्नान, गटे कपड़े आदि इस रोग को फैलाने में सहायक होते हैं। फिर भी 1970-74 में विश्व के अनेक देशों में खाज का जो 'विस्फोट' (आकस्मिक प्रसार) हुआ था, उस समय इसके परंपरागत सहायक घटक अनुपस्थित थे। इसीलिये यह विचार प्रस्तुत किया गया कि खाज की 'महामारी' पर परिवेशिकीय एवं मौसमलोचनी घटकों का प्रभाव पड़ता है (विस्तृत अर्थ में), जो शायद इसके निमित्त कारणों की जीवलोचनी सक्रियता पर असर डालते हैं। इससे रोग का उन्मूलन करने, उसकी गतिविधि कम करने की एंटी-बहुमरिक युक्तियों और आरोग्यशालीय विधियों के पूरे संकुल को अपनाने का महत्त्व बहुत बढ़ जाता है, सोवियत स्वास्थ्य सेवा में इनकी कारगरता पूरी तरह सिद्ध हो चुकी है।

भारत में लोगों का जीवन-स्तर ऊँचा होने के कारण, सही स्वास्थ्य शिक्षा और आयुरी सेवा के निरोधात्मक और आरोग्यशालीय सिद्धांतों पर आधारित कुशल आयुरी सहायता ने इस देश में ऐसी परिस्थितियों को जन्म दिया है, जिनसे

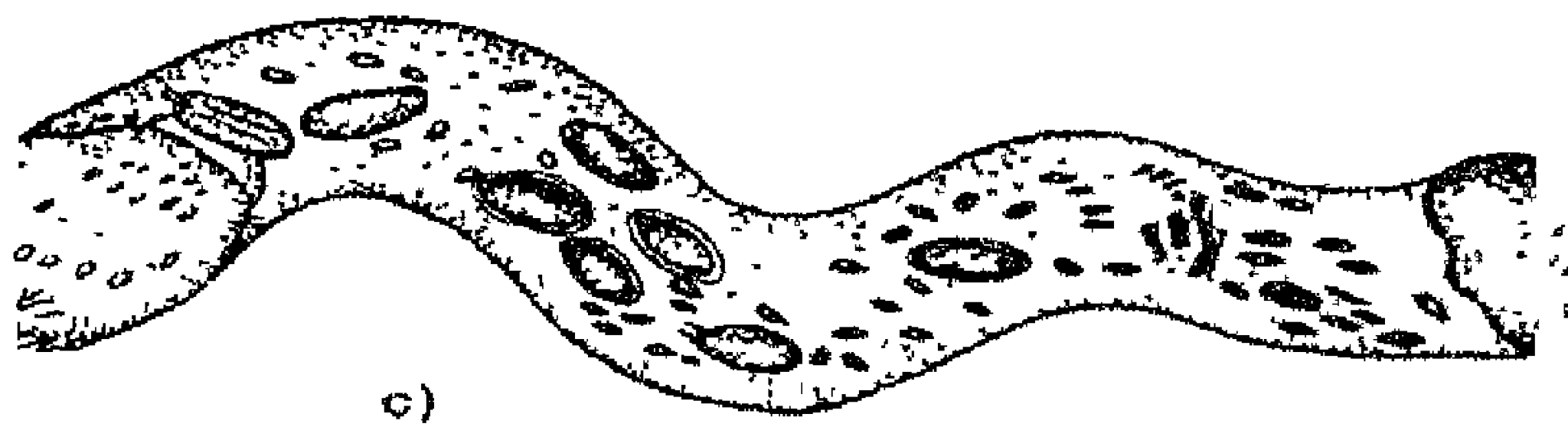
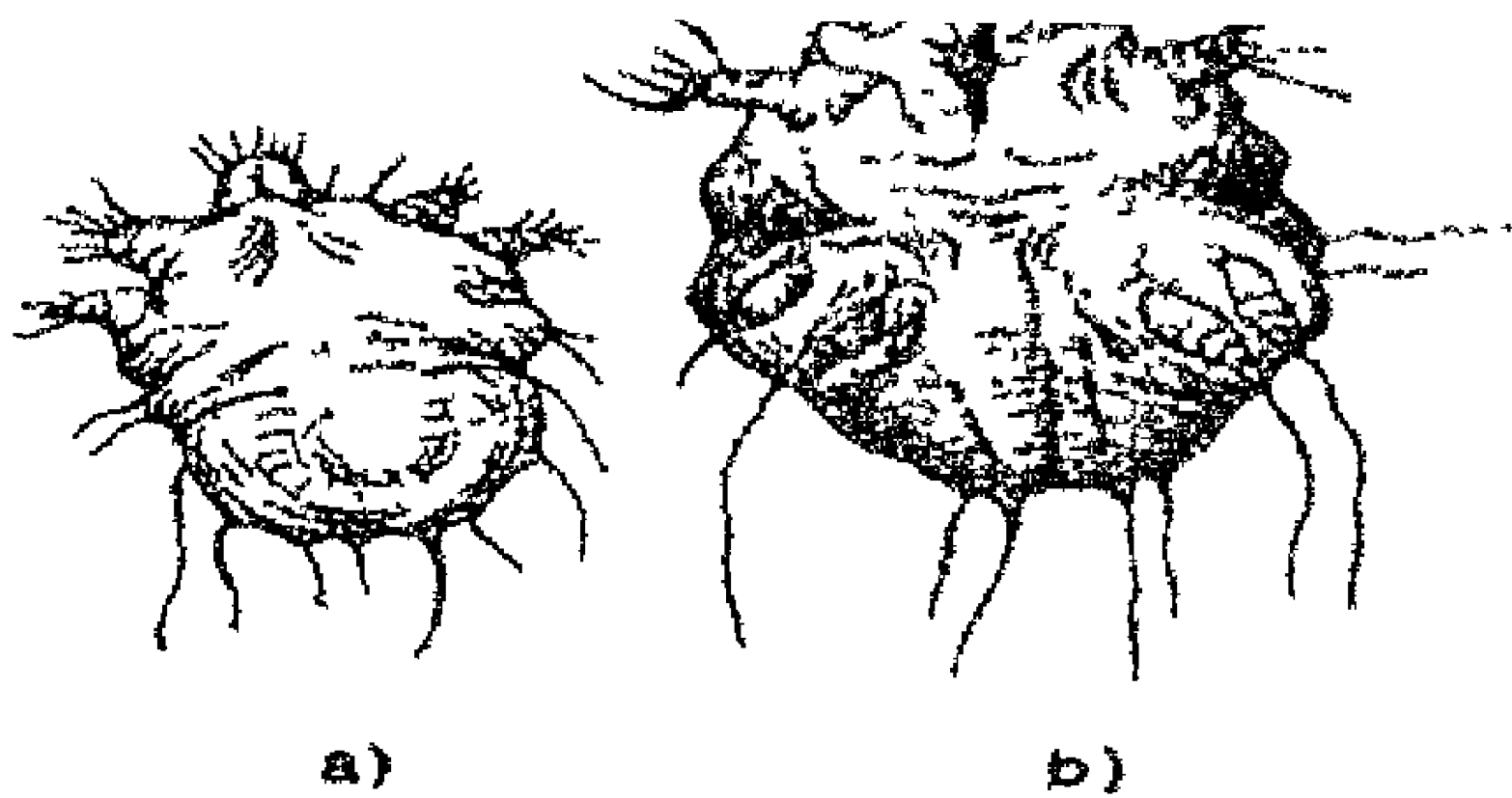
यूकार्ति का उन्मूलन हो सका और खाज की प्रायिकता में बहुत कमी की जा सकी है।

## खाज

**हेतुलोचन और गदजनन**—खाज आकारुस स्काबिएड या साकोप्टेस स्काबिएड वार होमीनिस नामक कंडुकारी कुटकियों से होती है। मादा कुटकी नर से बड़ी होती है (क्रमशः 0.14-0.19 मिलीमीटर लंबी और 0.4-0.45 मिलीमीटर चौड़ी) और देखने में कछुए की तरह लगती है (चित्र)। नगी आखों से देखने पर वह पिन के सफेद सिर जैसी दिखती है। निषेचन के बाद (जो चर्म की सतह, अर्थात् त्वचा पर होता है) नर की मृत्यु हो जाती है और मादा कुटकी अधिचर्म की सतही परतों को वेधकर उनमें बिल बना लेती है; वह अपने खीतिन (chitin) के मजबूत जबड़ों से चर्म की शृंगी परत में छेद कर लेती है। चर्म से बाहर वह कुछ ही दिनों में मर जाती है। छः से आठ सप्ताह में मादा कुटकी बिल में 50 तक अंडे देती है। इनसे वयस्क कुटकियां तीन से सात सप्ताह में बनती हैं। आकलन किया गया है कि तीन महीनों में एक मादा कुटकी के अंडों से करीब 15 करोड़ कुटकियां विकसित हो सकती हैं।

रोग शरद और शीत ऋतु में कुछ ज्यादा प्रायिक हो जाता है, यद्यपि इसके केस सालों भर मिलते रहते हैं। अतर्शयन-काल 7-10 दिन से एक महीना या इससे अधिक भी हो सकता है। शरीर पर इनका आगमन रोगी व्यक्ति के माध्यम से होता है, विशेषकर यदि बिस्तर, वस्त्र आदि साथ होते हैं। बच्चों में यह रोग रोगी वच्चे से फैल सकता है।

**तल्पिक चित्र**—जिस स्थल पर मादा कुटकी प्रवेश करती है, वहां एक छोटी-सी वस्तिका बन जाती है। खाज का मुख्य लक्षण खुजली ही है। खुजली शाम को और रात में विशेष तीव्र हो जाती है, जब रोगी सोने जाता है। लछक खुजली के अतिरिक्त, जो रोग का प्रथम लक्षण है, जोड़ियों में या बिखरे हुए पिन के सिर जैसे बड़े पिटिकीय वस्तिकीय दाने निकल आते हैं, बिल (भूरे डैशों जैसी रेखाएं) और चर्म को खुरचने पर शल्क बनते हैं। कुटकी के प्रिय स्थल हैं अतरांगुलिक चर्म की झुर्रियां, उगलियों के पार्श्व, कलाई की आकुचक सतहें, प्रवाहु और कोहनी की ऋजुकारी सतहें, धड़ की अग्र और पार्श्व सतहें, काक्षिक पुटकों की अग्र सतहें, स्तनों के गिर्द, पेट पर विशेषकर नाभिकीय छल्ले के गिर्द, नितंब, जांघ, पिंडलिया और लिंग का क्षेत्र। कोहनी की अस्थि-संधि की ऋजुकारी सतह पर कभी-कभी पेटकीय-वस्तिकीय क्षतियों पर शुष्क खट्टियों और शल्कों का आवरण देखा जा सकता है (गोर्छाकोव-आर्डी का लक्षण)। बिल अधिकांशतः अतरांगुलिक झुर्रियों



कुटकी

A. नर। B. मादा, C. बिल

ओर कलाई पर देखे जा सकते हैं। उनकी लंबाईयां 2-3 मिमीमीटर से लेकर 0.5 सेटीमीटर तक हो सकती हैं। विशालक शीशा से बिल को देखने पर पास-पास स्थित काले बिंदु दिखते हैं, जो कुटकी द्वारा बनाये गये छंद (द्वार) हैं, जिनसे निकलकर सतान कुटकिया चर्म की सतह पर आती है, ये बिल में हवा के आने के रास्तों का भी काम करते हैं। कभी-कभी वस्तिकाओं के स्थान पर पिन के सिर जितनी बड़ी रक्त की खड्डिया भी बन जाती हैं।

उपर्युक्त स्थान ही कुटकी को प्रिय होते हैं, क्योंकि वह पतली शृंगी परत पसंद करती है। छोटे बच्चों में खाज का स्थान कुछ भिन्न होता है—क्षतियां गोडो, हथेलियों, नितबों, तलवों, चेहरे और शिरोवल्क की मध्य (मेडियल) सीमाएं।

खाज के साथ होने वाली तीव्र खुजली के कारण रोगी खरोचें और निशल्कन करके अक्सर पूयकारी पैठन को आमंत्रित कर लेता है। इसके फलस्वरूप खाज निम्न रोगों से क्लिष्ट हो सकता है—मशिकाशोथ, फुंसी, लसर्ग्रोथशोथ, लसकृभिशोथ, इपेटिगो, एक्थीमा। इन परिस्थितियों में खाज का तल्पिक चित्र बदल जाता है और निदान कठिन हो जाता है (फिर भी खुजली की प्रकृति और प्रक्रिया के स्थलों के आधार पर सही निदान किया जा सकता है)। कभी-कभी प्रकीर्णित एवं क्लिष्ट खाज की स्थिति में रक्त में एओजीनोफीलिया और आल्बूमिनूरिया भी पाये जाते हैं। रोग जीवाणुक दिनाड से भी क्लिष्ट हो सकता है, जिसमें क्षतिया स्त्रियों के

चुनुर क गिर्द और पुरुषों की जाघ की मध्य (मेडियल) सतह पर अधिक होती है व क्षतियाँ स्पष्टता से परिसीमित होती है, कभी-कभी उनमें गिसाव होता है, व अनेक पीपिकाओं और खड्डियों से आच्छादित होती हैं।

खाज के उपतल्पिक रूप (अवछिन्न खाज) पिछले समय में अधिक प्रायिक हो गये हैं, इनमें लछक क्षति नहीं होती (विशेषकर कुटकी के बिल), लेकिन खुजली बहुत तीव्र होती है। रोग का यह रूप उन्हीं व्यक्तियों में होता है जिन्हें सफाई से रहने की आदत नहीं होती, या उन रोगियों में, जिनका ठीक ढंग से इलाज नहीं होता। वैसे, ध्यान से निरीक्षण करने पर इन केसों में भी जोड़ियों में पिटिकीय वस्तिकाएँ, बहुत नन्ही वस्तिकाएँ और पित्तिक क्षतियाँ अनुवेदित हो सकती हैं।

**ऊतगदलोचन**—कुटकी का बिल मुख्यतः शृंगी परत में स्थित होता है और सिर्फ इसका बंद सिरा ही मालपीगी परत में या उसके पार पहुँचा होता है। बिल का यही वह भाग है, जिसमें मादा कुटकी निवास करती है। मालपीगी परत में अतर्कोशिकीय एवं अंतराकोशिकीय शोफ विकसित हो जाता है, जिसके फलस्वरूप छोटी वस्तिका बन जाती है। मुख्यतः लसकोशिकाओं से बना हुआ एक चिरकालिक शोथी अंतर्स्पर्द सुचर्म में देखा जाता है। यह बिल के नीचे स्थित रहता है।

**निदान**—खाज को कभी-कभी गलती से कड़ु मान लिया जाता है, क्योंकि इसमें भी रोगी खुजली से परेशान रहता है। लेकिन इसमें खुजली दिन-रात रहती है, रोग वर्षों तक टिका रह सकता है, इसके लक्षण हैं—त्वचा का भूरा रंग, श्वेत चर्मलेखन (डेरमाटोग्राफिया), पिटिकाओं की उपस्थिति (अक्सर रक्त की खड्डियों से आच्छादित), और लसपर्वों का वर्धन (कड़ुक गिल्टियाँ), पिटिकाएँ अधिकांशतः हाथ-पैर की ऋजुकारी (उन्हे सीधी करने वाली) सतहों पर होती हैं।

खाज के निदान में निम्न लक्षण सहायक होते हैं—खाज के प्रिय स्थलों के चर्म पर पिटिकीय वस्तिकाओं की जोड़ियों में उत्पत्ति, रात में खुजली की तीव्रता में वृद्धि, कुटकी का बिल, परिवार में कई लोगों में खुजली और गोर्खाकोव-आर्डी का लक्षण। कुछ केसों में 'त्रिभुज के लक्षण' से निदान में सहायता मिलती है—त्रिकास्थिक क्षेत्र में क्षतियाँ एक त्रिभुज बनाती हैं, जिसका शीर्ष नितम्बीय पुटक की ओर होता है। आमतौर पर पायी जाने वाली क्षतियों के अतिरिक्त इस क्षेत्र में इपेतिंग क्षतियाँ और वर्णकता पायी जाती है, जो बाद में कुपोषज चित्तियों में परिणत हो जाती हैं।

जब खाज का तल्पिक निदान कठिन सिद्ध होता है, तब कड़ुक कुटकियों के अनुवेदन के लिये प्रयोगशालीय परीक्षण किये जाते हैं। इसे बिल में से पिन की सहायता से निकाला जा सकता है। उस्तरे से वस्तिकाओं का या अतद्रव्य समेत बिल का महीन अनुच्छेद काटने की विधि अधिक कारगर है। इन अनुच्छेदों को

स्लाइड पर क्षारीय ग्राइड्रोक्साइड के 20 प्रतिशत घोल से नमोयित किया जाता है, दक्कन-काच से ढक दिया जाता है, फिर शृंग, पायली घाले मधुमर्जन (अन्य अभिवर्धन) से परीक्षण किया जाता है। प्रसाधन में कर्माकचा या सही जीवन-क्रिया के उत्पाद (अंडे, विसर्ज) को बिन्दुओं के गच्छों के रूप में दिखाएँ देने दें।

**चिकित्सा**—ऐसी दवा प्रयुक्त होती है, जो शृंग परत को ठीकी करके बिल में प्रविष्ट होती है और कुटिकियों का नाश कर देती है। एंटी-परजीवी प्रसाधन अनेक है। चिकित्सा की कारगरता इन प्रसाधनों की प्रकृति पर नहीं, बल्कि इनके सही उपयोग और चिकित्सा की पूर्णता पर निर्भर करती है।

चर्म पर एंटी-खाज दवा मलने से पहले रोगी को गम पानी से स्नान करना चाहिए। इससे त्वचा (चर्म की सतह) पर स्थित कुटिकियां वंत्रवन दूर हो जाती है और शृंग परत ठीकी हो जाती है। लेकिन यदि रोगी चर्मपूथना या द्रुक प्रक्रिया से पीड़ित है, तो उसे स्नान का निर्देश नहीं देते। एंटी खाज दवा धड़ और हाथ, हाथ-पैर के चर्म पर मली जाती है, उन जगहों पर विशेष अच्छी तरह से, जो खाज के लिये प्रिय है। शिरोवल्क का उपचार नहीं किया जाता। द्रुकरण और इंपांतगंकरण होने पर दवा मली नहीं जाती, सिर्फ ग्रस्त क्षेत्रों पर लेपी जाती है। साथ-साथ क्लिष्टताओं की भी चिकित्सा की जाती है।

चर्म में बेजिल बेजोनेट का घोल (बेजोइक अम्ल बेंजिल ईथर) मलना बान कारगर होता है। बेंजिल बेंजोनेट का साबुन पानी के साथ 20 प्रतिशत इमल्शन वयस्क रोगियों के लिये प्रयुक्त होता है और 10 प्रतिशत बच्चों के लिये। 20 प्रतिशत घोल निम्न रीति से बनाया जाता है—20 ग्राम हरा या कोई अन्य साबुन छोटे-छोटे टुकड़ों में काटकर 780 मिलीलीटर गम (हल्क) पानी में घोल लिया जाता है और उसमें 200 मिलीलीटर बेजिल बेजोनेट मिला लिया जाता है। औपधालय में 10 प्रतिशत इमल्शन बनाने का नुस्खा निम्न है—

Rp Benzilbenziati 20 0  
Saponis Viridis 3.0  
Aq fontanae ad 200 0  
MDS बाह्य अनुयोग के लिये

इमल्शन बनाने के बाद सात दिनों तक उसकी सक्रियता बनी रहती है। इसे 10 मिनट के अंतराल पर दो बार त्वचा पर मला जाता है। दूसरे दिन उपचार दोहराया जाता है। तीन दिन बाद स्नान कराया जाता है, वस्त्र-विस्तर आदि बदले जाते हैं।

जैसा कि कहा जा चुका है, बच्चों का उपचार साबुन-पानी के साथ बेजिल बेजोनेट के 10 प्रतिशत इमल्शन से होता है या इमल्शन के आधार पर 10



प्रतिशत बेंजिल बेंजोनेट से युक्त मलहम तीन दिनों तक मला जाता है।

सुदूर उत्तर में बेंजिल बेंजोनेट पेट्रोलेटम के आधार पर 10 या 20 प्रतिशत सांद्रता के साथ बनाने की सलाह दी जाती है।

खाज की चिकित्सा के लिए देमियानोविच की विधि में सोडियम थायोसल्फेट का 60 प्रतिशत सांद्र घोल (घोल नं. 1) और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 6 प्रतिशत (या तनुकृत का 18 प्रतिशत) घोल (घोल नं. 2) प्रयुक्त होते हैं। घोल नं. 1 को 10 मिनट के अंतराल पर दो बार चर्म के सारे क्षेत्र पर मल दिया जाता है, फिर दस मिनट बाद घोल नं. 2 मला जाता है (5 मिनट के अंतराल पर पांच-पांच मिनट के लिये दो बार) सोडियम थायोसल्फेट का घोल एक तश्तरी में ढाल लिया जाता है और उसमें हाथ गीला करके उससे मला जाता है। हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का घोल बोतल से सीधे हाथ पर ढाला जाता है। मल लेने के बाद रोगी साफ कपड़े पहनता है, बिस्तर आदि बदल लेता है। अगले दिन उपचार पुनः दोहराया जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद रोगी को स्नान की इजाजत दी जाती है। बच्चों के लिये सोडियम थायोसल्फेट का 40 प्रतिशत घोल और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 4 प्रतिशत सांद्र घोल (या तनुकृत का 12 प्रतिशत सांद्र घोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

सल्फर का मलहम (बयस्को के लिए 20-33 प्रतिशत सांद्र और बच्चों के लिए 10 प्रतिशत सांद्र) या विल्किंसन का मलहम (15 प्रतिशत सल्फर, 10 प्रतिशत खडिया, 30 प्रतिशत हरा साबुन, 30 प्रतिशत पेट्रोलेटम) मला जा सकता है। बच्चों की चिकित्सा के लिये विल्किंसन के मलहम में आधा-आधा जिक पेस्ट मिला देते हैं। ये मलहम चर्म पर लगातार पांच दिनों तक नित्य एक बार मले जाते हैं। छठे दिन स्नान कराया जाता है और तभी वस्त्र-बिस्तर आदि बदले जाते हैं। सल्फर एवं विल्किंसन के मलहमों का उपयोग सीमित है क्योंकि वे कपड़ों को गंदा करते हैं और औषधजनित चर्मशोथ संप्रेरित कर सकते हैं। यदि चर्मशोथ विकसित हो जाता है, तो मलहम लगाना बंद कर देते हैं और जिक का लोशन या पेस्ट प्रलिखित करते हैं। विल्किंसन का मलहम वृक्कीय ऊतकों में क्षोभ उत्पन्न कर सकता (वृक्कार्ति) है, इसीलिये वृक्करोग से ग्रस्त लोगों को यह प्रलिखित नहीं किया जाता।

खाज की चिकित्सा पोटेशियम-साबुन के ताजा तैयार किये हुए 5 प्रतिशत इमल्शन से भी की जा सकती है। यह 5 दिनों तक देह में नित्य मला जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद स्नान किया जाता है।

यदि चिकित्सा से लाभ नहीं होता, तो उसे तीन से पांच दिन बाद दोहराया जाता है।

रिसालु पारश्लेषण के प्रति प्रवणता रखन वाले बच्चों में खाज का उपचार करते वक्त और चर्मशोथ से बचने के लिये तथा कटाव की खुजली का रोकन के लिये भी (जो परिस्थितज गदलोचनी प्रतिवर्त के कारण उत्पन्न होती है) अवमबंदक तथा प्रतिहिस्टामिनिक प्रसाधन (केल्सियम ग्लूकोनाट, डिआजोलाइन, क्लोफेनिथिन आदि) प्रलिखित किये जाते हैं। यह चिकित्सा इन नागों को भी दी जाती है, जिनमें खाज परोजिक चर्मशोथ से क्लिष्ट हो जाता है।

सहवर्ती चर्मपूयता की चिकित्सा प्रतिजीवको, मृत्तफांनामीदों और बाह्य प्रयोग की दवाओं सल्फर-टार और वॉरिक अम्ल-टार से युक्त मलहमों, अनीलीन ग्लको और 2 प्रतिशत सैलीसीलिक अल्कोहल से की जाती है।

**नियंत्रणकारी और निरोधात्मक युक्तियों का संगठन**—सभी अनुवेदित रोगियों के लिये विशेष सूचना-पत्र भरे जाते हैं। पैठन-क्षेत्र में सभी रोगियों की एक साथ चिकित्सा खाज पर नियंत्रण की आवश्यक शर्त है। रोगी के परिवार के सभी सदस्यों या बाल-प्रतिष्ठान के सभी बच्चों व कर्मचारियों का निरीक्षण होना चाहिए। (यदि कोई रोगी इस प्रतिष्ठान में जाता है)। सभी रोगियों का ठीक समय पर अनुवेदन करके उन्हें बाकी लोगों से अलग करना चाहिए और उनकी चिकित्सा करनी चाहिए; तभी रोग-प्रसार का निरोध संभव है।

खाज के रोगियों की चिकित्सा विशेष प्रतिष्ठानों में की जाती है; यदि बहुमारीलोचनी स्थिति प्रतिकूल होती है, तो कीटनाशक कदम संगठित किये जाते हैं।

आंतरिक वस्त्रों, बिस्तरों को पूर्णतः कीट-रहित करना (DDT छिड़कना, K-साबुन से संसाधित करना) या शुष्कतापी या आर्द्र तापीय कक्ष में कीट-रहित करना बहुत महत्वपूर्ण होता है। उन्हें साफ करके उबालने के बाद उन पर गर्म इस्तरी भी की जा सकती है। अन्य वस्त्रों को किसी कक्ष में निष्कीटित किया जा सकता है या उन पर DDT छिड़का जा सकता है।

खाज का एक बहुत विरल और विचित्र रूप है—नौर्वेजियन खाज (कुछ वैज्ञानिक मानते हैं कि यह सामान्य तौर पर ही पायी जाने वाली खाज का बहुत उपेक्षित रूप है)। इसका पहली बार वर्णन 1884 में नौर्वे के डानियेल्सेन (Danielssen) ने किया था। यह अत्यंत दुर्बल लोगों में (अक्सर कुष्ठ, मेरुसुषिरता आदि जैसे रोग से ग्रस्त व्यक्तियों में) और मंदित बौद्धिक विकास वाले लोगों में होता है।

नौर्वेजियन खाज में आक्रांति-स्थल पर चर्म शुष्क एवं मोटी गाढ़ी हरी खट्टियों से आच्छादित होता है, जो प्रसारित होकर आपस में मिल जाती है और कवच की तरह दिखने लगती है। यह कवच गति को सीमित करता है, क्योंकि

चलने-फिरने वक़्त डगमग पीड़ा होनी है। नख़ बहुत मोटे हो जाते हैं। ग्रस्त क्षेत्र में बाल शुष्क और कॉनिडीन लगने हैं। सभी नसपर्य्य वधित हो जाते हैं। रोगी के शरीर से अप्रिय गंध आती है। उल्लेखनीय है कि खाज के लक्षण स्पष्ट होने पर भी खुजली बहुत हल्की होती है या बिल्कुल नहीं होती। खड़ियों को बलपूर्वक हटाने पर अति रक्तिल चर्म प्रकट होता है, जिस पर नगी आखों से भी सफेद-सफेद बिंदुओं के ढेर दिखायी देते हैं। ये बिंदु कड़ुकारी कुटकियां हैं, जो खड़ियों और शल्को में छिपी रहती हैं।

खड़ियों को 5-10 प्रतिशत सल्फर-टार के मलहम से दूर किया जाता है, जिसके बाद सामान्य एंटी-खाज प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं, सामान्य स्फूर्तिदायक उपाय किये जाते हैं।

कभी-कभी बड़ी संख्या में लोगों में पेडीकुलोइडेस वेंटीकोजुस का आगमन (आक्रमण) होता है इनसे दानेदार खुजली होती है। ये कुटकियां अनाजों पर रहती हैं। इसीलिये इनसे अक्सर अनाजघरो में ढुलाई करने वाले या इन कुटकियों से संदूषित पुआल पर सोने वाले ग्रस्त हो जाते हैं। चिकित्सा वैसी ही है, जैसी आम खाज की।

घोड़ों, चूहों, मृगों, कवृतरों आदि की कुटकियां आदमी को काट सकती हैं, जिससे तीव्र खुजली होती है, पिटिकाएँ, ददौरे आदि बन जाते हैं, लेकिन वे अधिचर्म को बंधती नहीं हैं, बिल नहीं बनाती। ये कुटकियां घर में वस्त्रों आदि पर भी चली जाती हैं। चिकित्सा में अल्कोहल का घोल, लोशन आदि प्रयुक्त होते हैं। कपड़ों और घर का निष्ठीकन, चूहों का उन्मूलन, बीमार घोड़ों की चिकित्सा—ये सब उपाय आवश्यक होते हैं।

खटमलों (सीमेक्स लेक्टूलोरिस) और पिस्सुओं (पूलेक्स इरीटास) के काटने से खुजलीकारी पित्तिक क्षतियां होती हैं। पिस्सू (पिशु) के दंश-स्थल पर एक लछक केंद्रीय रक्तस्राव उत्पन्न होता है, जो अति रक्तिल धब्बे या ददौरे से घिरा होता है (आकार बाजरे के दाने के बराबर होता है)। चर्म पर जो अभिव्यक्ति होती है, उसकी चिकित्सा आवश्यक नहीं होती। खटमलों और पिस्सुओं के उन्मूलन के उपाय किये जाते हैं—खटमलों के निष्पेठक साधनों और घोलों से, पिस्सुओं के सल्फरकरण से, घर की सफाई से।

जब घोड़े की कुरमाछी (बोट-फ्लाई) के लार्वा आदमी के चर्म पर आ जाते हैं, तो 'लार्वा मिग्रास' नामक एक रोग विकसित होता है, फिर पाश की तरह ऐंठी हुई धागे-सी पतली और उभरी हुई सतह बनती है, जिसकी चौड़ाई 1-2 मिलीमीटर तक हो सकती है। यह त्वचा के नीचे लार्वा 24 घंटे में 15 सेटीमीटर या इससे अधिक दूरी तय कर लेता है।

चिकित्सा के लिये ग्रन्थ क्षेत्र पर टिचर आयांटीन, पर्थान क्लोराइड का सघनन आदि प्रयुक्त होता है या लार्वा द्वारा आक्रान्त क्षेत्र का कर्पोजिक विधि से दूर कर दिया जाता है।

गीनिया-कृमि ट्राकुनकूलस (फिरारिया) मेंडीनेमिस विशेषकर गोबर और दाग की अवधारण वसा में विकसित होता है, जहां एक गुल्म बन जाता है। गुल्म के ऊपर स्थित चर्म में विगलनक्लेश हो जाता है, चर्म फट जाता है और वहां प्रण उत्पन्न हो जाता है, जिसकी तली पर ये परजीवी पाये जाते हैं। इन्हें मारने के लिये गुल्म में पाग्द डाइक्लोराइड की सुई दी जाती है। फिर 24 घंटे बाद कृमि को कोटर में से पतली शलाका पर लपेटते हुए निकाल लिया जाता है। यदि गुल्म फटा नहीं है, तो कृमि को कर्पोजिक विधि से भी निकाला जा सकता है।

## कुष्ठ

कुष्ठ एक चिरकालिक पेठी रोग है, जो हासेन (Hansen) के बसिलों या मीकोबाक्तेरिडम लेप्रे से होता है; इसकी खोज 1871 में हुई थी।

कुष्ठ का हेतुलोचन ज्ञात है, पर इसके बहुमारीलोचन, इसके पठन और प्रसार की परिस्थितियों आदि का अध्ययन सर्वथा अपूर्ण है। रोग की निम्न विशेषताएं हैं—दीर्घकालीन अतर्शयन-अवधि, अनेक वर्षों तक का लंबा प्रवाह, चर्म, श्लेष्मल झिल्ली और नर्वतंत्र की विशिष्ट क्षति।

सोवियत संघ में इस रोग के विशेष आक्रांति-क्षेत्र है—काराकाल्पाक, उज्बेकिस्तान, कजाखस्तान, निम्न-वोलगा का क्षेत्र, सुदूर पूर्व और बाल्टिक गणतंत्र। यदा-कदा अन्य क्षेत्रों में भी इसके केस दर्ज होते हैं। कुल मिलाकर सोवियत संघ में इससे ग्रस्त की संख्या बहुत कम है। इनमें से अधिकांश लोगों की चिकित्सा कुष्ठाश्रमों में होती है। सोवियत संघ में इस रोग की प्राधिकता बहुत तेजी से घटी है और इसका कारण है लोगों के आर्थिक, सांस्कृतिक, स्वास्थ्य और सफाई के स्तर में उन्नति। इस बात की भी महत्वपूर्ण भूमिका रही है कि ठीक समय पर रोगी का अनुवेदन हो जाता है, उसे तुरंत पृथक् कर दिया जाता है, उसके संपर्क में आय सभी व्यक्तियों की जांच हो जाती है। प्रारम्भिक आकड़ों के अनुसार विश्व में करीब एक करोड़ से अधिक लोग इस रोग से ग्रस्त हैं। सोवियत संघ में कुष्ठाश्रम संगठित किये गये हैं, जहां कुष्ठ-रोगियों को रखा जाता है, उनकी पूर्ण चिकित्सा की जाती है, ताकि वे सामान्य जीवन में लौट सकें।

हेतुलोचन और गदजनन—कुष्ठ के निमित्त कारण 'मीकोबाक्तेरिडम लेप्रे' एसिड-बैक्टीरियम अल्कोहलफास्ट होते हैं। ये ट्सील-नीलसेन (Ziehl-Neelsen) का



कुष्ठार्बिक कुष्ठ

ग्रहण कर लेते हैं और 'मीकोबाक्तेरियम तुबरकुलोसिस' से मिलते-जुलते की आकृति छड़ की तरह होती है, जिसके सिर कुछ नुकीले होते हैं। स्तर गुच्छों (ग्रुपों) में होते हैं, जो देखने में सिगार के पैकटों की तरह अलग छड़ों के रूप में ये कम ही होते हैं। इनका कैप्सूल नहीं होता भी नहीं बनाते।

कुष्ठ के प्रति अधिक प्रवण होते हैं, जबकि वयस्क बहुत कम ही इससे सीलिये इस रोग से पीड़ित बच्चों व वयस्कों का रक्त 'मीकोबाक्तेरियम' (कल्टीवेट करने) में प्रयुक्त होते हैं। रेशाकुरी, माक्रोफागो और रै-कोशिकाओं पर इन जीवाणुओं को पनपाने के कुछ प्रयत्न सफल

में हाने वाले गाँठित कुष्ठ की क्षतियों से मिलती-जुलती क्षतियाँ वे पहली बार सोवियत संघ में उत्पन्न किये गये थे (केन्द्रीय चर्म और वस्थान में)। इससे कुष्ठ के तत्पिक चित्र, गदजनन, निरोध और प्रायोगिक अध्ययन हो सकेगा।

आदमी के शरीर में मित्र का पनपना रुकावट का कारण नहीं बनकर अध्ययन नहीं किया जा सकता है। नये नम्र नम्र बच्चे में जीवन में नमी के साथ निकट का संपर्क (जैसे परिवार में) निश्चय ही काम की सम्पत्ति बनता है। लोगों का अन्य व्यक्तियों (विशेषकर परिवार के सदस्यों) के साथ मिलना भी नया समय तक संपर्क रहेगा और परिवार में सामाजिक सम्बन्ध संपर्क के विकास का स्तर जितना ही निम्न होगा, पैठन की सम्भावना उतनी ही अधिक होगी। अध्ययन यह नहीं बूँटो के माध्यम में (जो खानने, पीने के काम में निहित हैं) अध्ययन मार्ग के सहारे होता है (प्रारंभ में मित्रों के नाक की विभाजक दीवार के लगभग भाग की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवर्तित होता है)। यह विचार भी प्रस्तुत किया गया था कि पैठन चर्म से होकर होता है (प्रथमतः पैरों के चर्म में होकर)। इसका प्रमाण यह है कि रोग के प्रारंभिक चरण में कुष्ठ के वातिल कण (जोड़े हुए) वातिल लम्पवों में पाये जाते हैं। कुछ कंसों में सहवर्ती रोग, जैसे पैर (गोड़) की कठकता (विशेषकर काँदिक्लेश) को महत्त्व दिया जाता है। अतः चर्म (जैसे उड़ने वाले स्वतः-चोपक कीड़ों के दश-स्थल, गोदना-स्थल, घाव) में भी पैठन की खोज मिली है। इसमें कोई संदेह नहीं है कि कुष्ठ-प्रक्रिया के विकास के रूप में आदमी के शरीर के व्यक्तिगत गुणों, इसकी प्रतिरोधिता और सामान्य अवस्था पर निर्भर करता है।

विभिन्न वैज्ञानिकों के अनुसार इराका अतर्शयन-काल औसतन चार से 18 वर्ष तक निर्धारित किया गया है। लेकिन यह भी विश्वसनीयता के साथ निर्धारित किया गया है कि इसमें दो से तीन महीने भी लग सकते हैं और 10-20 से 50 वर्ष तक भी। इसलिये कुछ प्ररक्षित अतर्शयन-काल द्वारा नॉलित होना है, जिसकी लंबाई बहुत भिन्न हो सकती है।

कुष्ठ बहुत अल्प छुत्हा माना जाता है, यह यक्ष्मा से भी कम छुत्हा है। वयस्को की अपेक्षा बच्चों में इसके प्रति कम प्रतिरोधिता होती है और दीर्घकालीन संपर्क की परिस्थितियों में वे इस रोग से अधिकतर और अधिक शीघ्रता से ग्रस्त हो जाते हैं।

रोगपूर्व की अवधि में रोगी अस्वस्थता की शिकायत करता है, उसे तीव्र नर्वशूलीय पीड़ा, अस्थि संधियों में दर्द, प्रगामी (उत्तरोत्तर बढ़ने वाली) दुर्बलता और जटगत्र की गडबडियां होती हैं। कभी-कभी परिमवेदना, अति-संवेदना और ज्वर भी पायी जाती है। इसी काल में हासेन के वासिल भी नामाभित्ति की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवेदित हो जाते हैं। इसके बाद रोग के ताल्पक लक्षण विकसित होते हैं। रूपलोचनी अभिव्यक्तियों के अनुसार तीन प्रकार का कृष्ठ रोग होता है।

## कुष्ठ का वर्गीकरण

1. कुष्ठाधिक या दुर्गम, तीव्र प्रकार
2. गण्डिवत या मृदुम, हल्का प्रकार
3. अनिश्चित या अर्वाशय प्रकार

## कुष्ठाधिक प्रकार का कुष्ठ

कुष्ठाधिक प्रकार में पहले अनिश्चित प्रकार के मुश्किल से दिखने वाले ललछोह धव्यो उत्पन्न होते हैं, जिन पर नीली या लोहित आभा होती है। रोग क आरम्भ में इन क्षेत्रों पर कोई मवेदी गडबडिया (दर्द, जलन, स्पर्श आदि की) नहीं होती। धव्य धीरे-धीरे अंतर्स्यद बन जाते हैं। प्रक्रिया की चपेट में सुचर्म के अतिरिक्त अबचर्म वसा भी आ जाती है और पर्विकाएँ (कुष्ठाव) बन जाती हैं। ये अंतर्स्यद और पर्विकाएँ अक्सर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर, आखों से ऊपर ललाट पर, गालों और नाक पर उत्पन्न होती हैं। चेहरे का भाव गडबड हो जाता है, चेहरा विकृत और भयावह हो जाता है (सिंह-मुखौटा)।

भाहों के अंतर्स्यदन से उनके पार्श्व लोम स्थायी तौर पर झड़ जाते हैं। चेहरे और हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों के अतिरिक्त अंतर्स्यदन धड के कुछ चर्म-क्षेत्रों और आंतर अंगों को भी ग्रस्त कर ले सकता है। धव्यों और अंतर्स्यदों के अतिरिक्त टियासलाई के सिर या मटर के बराबर पर्विकाएँ (कुष्ठाव) भी उत्पन्न हो सकती हैं। इनका रंग ललछोह भूरा या ललछोह बैंगनी होता है, जो बाद में सहवर्ती रक्तम्रावी घटक के कारण जक जैसी आभा भी ग्रहण कर सकता है। कर्ण-पालि और हाथ-पैर के दूरस्थ खंडों पर कुष्ठाव ललछोह नीले होते हैं। पर्विकाओं की सतह चमकदार और चिकनी होती है, मानो उस पर तेल लेपा गया हो। पर्विकाएँ व्रणित भी हो सकती हैं।

विरचनरत व्रणों की किनारियाँ कठोर होती हैं, कभी-कभी शोफित ओर बिल्कुल उभरी हुई होती हैं। इनसे रक्तिल साव होता है, जिसमें अमख्य कुष्ठ-बामिल होते हैं। व्रण क्रमशः कणीकृत ऊतकों से भर जाते हैं और क्षतांकित हो जाते हैं। पर्विकाएँ और अंतर्स्यदन भी व्रणित होते हैं और अपेक्षाकृत विरलतः विना व्रणन के ही अपचोपित हो जाते हैं (ऐसी स्थितियों में छोटे सतही क्षतांक रह जाते हैं)। जो व्रण बनते हैं, वे बड़े होते हैं और पेशियों और अस्थियों को भी प्रक्रिया की चपेट में ले लेते हैं। इन स्थितियों में अस्थि-संधियों व छोटी अस्थियों का विनाश और बड़ी-बड़ी विकृतियाँ देखने में आ सकती हैं।

अधिकांशतः नाक की श्लेष्मल झिल्ली ही रोग-प्रक्रिया से ग्रस्त होती है, विशेषकर वह जो विभाजक भित्ति की उपास्थिक भाग को आच्छादित रखती है।



राग के आरम्भ काल में कृष्ठ के सम्बन्ध इतना कम होता है कि स्वरगत में सम्बन्ध नहीं है।

नाक की विभाजक भित्ति की श्लेष्मल झिल्ली की आक्रान्त ललाटे, अंतर्म्यदना, नासा-साध और पटलित स्त्रियाँ आदि अक्रान्त होती हैं जो अक्रान्त कृष्ठ होने पर नासाशोथ का चित्र प्रस्तुत करती हैं। नाक की विभाजक भित्ति के अग्रस्थित भाग में अंतर्म्यदन का आरंभ विकास होने पर व्रणन और विनाश सम्भव है। इससे स्थिति में नाक में लछक विकृति उत्पन्न होती है, उसकी नाक छोटी ऊपर की ओर मोटी होती है।

विसर्जित अंतर्म्यदन और कृष्णार्ध जीभ, मृदु व कठोर तालू पर भी अवस्थित हो सकते हैं, जो कठ (हलक) और स्वर-यंत्र की श्लेष्मल झिल्लियों पर फेव जाते हैं। इसके फलस्वरूप स्वर में कर्कशता और यहां तक कि म्यादी स्वरहर्षण (निःशब्दता) भी विकसित हो सकती है—परिकृष्टदार और स्वरयंत्र की श्लेष्मल झिल्लियों के क्षतांकन के कारण।

कुष्ठाविक प्रकार के कृष्ठ-रोगियों की आंखों में द्युलिकाशोथ, पार्श्वारिकाशोथ, श्वेतपटलशोथ भी पाये जा सकते हैं। कुष्ठाविक शृंगिकाशोथ की चिकित्सा न करने पर शृंगिका के अंतर्म्यदित, अपारदर्शक और क्षतांकित होने के कारण अधापन भी विकसित हो सकता है।

तत्सर्प (विशेषकर जाघ और जघामूल के, विगलित गरदन के, हनयनी के अवकाक्षिक और कार्षिक) बड़े हो जाते हैं (वेग के आकार के), उनकी संरचना कठोर-प्रत्यास्थ हो जाती है, उनमें दर्द नहीं होता और वे सुचल (झिझने-दुलने वाले) हो जाते हैं।

नर्वतत्र अक्सर चपेट में आ जाता है। इसमें जो परिवर्तन होते हैं, उन्हें औपचारिकतः दो ग्रुपों में बांटा जा सकता है—पहला केंद्रीय नर्वतत्र की सामान्य गडबड़ियों में, जो विभिन्न तीव्रताओं की नर्वक्लेशिक प्रतिक्रियाओं में व्यक्त होती है, कुछ स्थितियों में नर्वक्लेश और मनोक्लेश भी विकसित हो सकते हैं, दूसरे—परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति, जिसमें नर्वशोथ और बहूनर्वशोथ विकसित हो जाता है। अधिकांशतः कफोणिक (कोहनी के), कर्णिक (कान के) और छाती टगास्थिक नर्व ग्रस्त होते हैं। नर्व मोटे हो जाते हैं और तदनुरूप स्थलों पर परिस्पृशित हो सकते हैं। केंद्रीय और मुख्यतः परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति से संवेदनतंत्रीय, कुपोषी और गतिप्रेरक (मोटर) गडबड़ियाँ उत्पन्न हो सकती हैं।

कुष्ठाविक कृष्ठ में संवेदन-तत्र की गडबड़ियाँ काफी देर में उत्पन्न होती हैं, बनिस्वत कि गंठित प्रकार के कृष्ठ में। संवेदी नर्व-सिराओं की आक्रान्ति द्वितीयक प्रकृति की होती है और प्राथमिक रूप से उत्पन्न कोशिकीय अंतर्म्यदन द्वारा संपीडन के फलस्वरूप उत्पन्न होती है। पहले स्थायी मर्मभेदी नर्वशूल विकसित



होता है फिर तदनुरूप चर्मक्षेत्रों पर अतिसवेदना परिसवेदना विकृत संवेदना और क्षोभ के प्रति अपर्याप्त प्रतिक्रिया होती है (ठंड की जगह गर्मी महसूस होती है और गर्मी की जगह ठंड, अपरिस्थितिज प्रतिवर्त विलंबित हो जाता है)। अतिसवेदना और परिसवेदना का स्थान बाद में अनसंवेदना और अनपीडा ले लेती है। हाथ-पैर के कुछ खंडों में और धड़ में तापीय अनसवेदना और अनपीडा के कारण कभी-कभी झुलसन हो जाती है जिसे रोगी महसूस नहीं कर पाता। कुष्ठार्थिक प्रकार के कुष्ठ में स्पर्श-सवेदना की गड़बड़ियां विरले ही होती हैं—ये रोग के अगले चरण में होती हैं।

कुपोषी गड़बड़ियों के कारण कुष्ठ के रोगी में वर्णकता से संबंधित गड़बड़ियां उत्पन्न होती हैं और तीव्र क्लिष्टताएं उत्पन्न हो जाती हैं, जैसे हाथ-पैर का अपग होना। हाथ और पैर के अस्थि-पजर अलग होने लगते हैं, नख नष्ट हो जाते हैं और स्पष्ट कुपोषी गड़बड़ियों के रूप में विकृत हो जाते हैं। हस्तपुच्छ (हाथ का कलाई से उंगलियों तक का भाग) और गोड़ मुलायम हो जाते हैं और सील मछली या मेढक के पैर की तरह दिखने लगते हैं। कुपोषी गड़बड़ियों के कारण वपाल एवं स्वेदजनक ग्रथियां अपसामान्य रूप से काम करने लगती हैं। उनकी अतिक्रिया बाद में अवक्रिया में परिणत हो जाती है और स्वेद व वपा का साव बिल्कुल बंद भी हो सकता है, त्वचा शुष्क होकर फटने लगती है। माइनर (Minor) का परीक्षण रोगी में धनात्मक हो जाता है (टिंचर आयोडीन लेपे हुए चर्म-क्षेत्र पर स्टार्च लेप कर गर्म शुष्क चात-कक्ष में रखने से वह नीला नहीं होता, क्योंकि स्वेद-ग्रथियां काम नहीं करती)।

परिसर्गीय नर्वतंत्र की क्षति के कारण गति व्यवधानित हो जाती है। आकुचक तानता हावी रहती है, क्योंकि हस्त-पुच्छ, गोड़, फिर प्रबाहु और टांग की ऋजुकारी पेशियों में अनियमित कुपोषण होता रहता है। हाथ और पैर की उंगलियां अशन और असमान रूप से आकुचित (मुड़ी हुई) रहती हैं (चिड़िया के पंजे की तरह हाथ और घोंडे की तरह पैर)। हथेली के पीछे अतरास्थिक अवकाश विकृत हो जाता है, क्योंकि छोटी पेशियां सुखौरीग्रस्त हो जाती हैं। हथेली पर अंगूठे के नीचे की गद्दी (थेनार) और अवधेनार की पेशियां भी सुखौरीग्रस्त (कुपोषित) हो जाती हैं, जिससे हथेली चपटी (चौरस) हो जाती है और बदर की हथेली जैसी लगने लगती है।

आख की पेशियों के कुपोषण के कारण आखें अधमुदी रहती हैं (खरह की आखें)। ये रोगी आखों को स्वतः स्फूर्त रूप से बंद नहीं कर पाते। चेहरे के नवों के ग्रस्त होने के कारण भावों को अभिव्यक्त करने वाली पेशियों का कुपोषण होता है, जिससे चेहरे पर एक उदासी का मुखौटा-सा चढ़ जाता है। ('सत अटोनी का मुखौटा')।



पशी-कुपोषण (मुखोरी) में उमलिया का अवकृन्त

कुष्ठ-रोगी को ऊपर वर्णित मवेदक, गाँतपेदक तथा क्रुप तीव्रताओं के साथ भिन्न सम्मेलों में हो सकती है। माथ-माथ व गडबडिया होती है।

कुष्ठार्बिक प्रकार के कुष्ठ में विभिन्न आंतर अंग भी क्लोम, यकृत और प्लीहा वर्धित हो जाते हैं और पहल कटोर है गडबडियों का तल्पिक चित्र कुष्ठ के लिये विगिष्ट नहीं होता। चर्म और श्लष्मल झिल्ला की विशिष्ट क्षति के तल्पिक विवाक्तेरीदर्शन द्वारा निर्धारित होता है, खुग्घन निम्न स्थला में की विभाजक भिन्नि, क्षताकन से प्राप्त ऊतक-रस और बायाप लसपर्वों के भी परीक्षण में रोग-निर्धारण हो सकता है, जो व

कुष्ठ के नर्वतत्र और आंतर अंगों की आक्रांति के ग्रथियों की क्रिया में भी गडबडी नजर आती है। यह निम्न ल

हे—समय से पहले बूढ़ा होना (उम्र से बड़ा लगना), स्त्रियों में समय से पूर्व रजोनिवृत्ति, पुरुषों की यौन सक्रियता में हास, यहाँ तक कि नपुंसकता भी। कुछ रोगियों में दोतरफे कुष्ठज वृषणशोथ तथा परिवृषणशोथ और इसके बाद उनके कठोरन के फलस्वरूप शुक्राणु निर्जीव हो जाते हैं। इन स्थितियों में स्त्री का वध्यापन पति के वीर्य में शुक्राणुओं की अनुपस्थिति के कारण होता है।

**कुष्ठ-पर्विका का ऊतगदलोचन**—सुचर्म में योजक ऊतकों की परतों के बीच से लेकर पिटिकामय परत तक केशिकीय अंतर्स्यदन का स्थानीय संचय पाया जाता है। ये अंतर्स्यदन उपकलावत कोशिकाओं, लसकोशिकाओं, रेशाकुरो, प्लाज्मा-कोशिकाओं, अल्प मात्रा में ऊतकोशिकाओं और विखोव-दानिएल्सेन-निरूपति कुष्ठ कोशिकाओं से बने होते हैं। अंतिम जो कुष्ठार्थिक प्रकार के कुष्ठ के लिये विशेष लक्षक होते हैं, ये बड़ी गोली जैसी कोशिकाएँ हैं, जिनका प्रोटोप्लाज्म हल्का फेन जैसा होता है, नाभिक एक या कई हो सकते हैं। इनमें कुष्ठ के अनेक वासिल और बासिलो के अपघटन-द्रव्य की गोलियाँ सिगार के रूप में व्यवस्थित होती हैं। कुष्ठ के वासिल टूसील-नील्सेन की विधि से सरलतापूर्वक रजित हो जाते हैं और अंतर्स्यदो में बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं—कोशिकाओं के भीतर भी और बाहर भी, साथ ही लसीय झिरियो और कुभिक फाको के बीच भी। योजक ऊतकों के रेशे (कोलाजनी और प्रत्यास्थ) अंतर्स्यदन के क्षेत्र में श्लथ (ढीले-ढाले) हो जाते हैं, जगह-जगह खुरचनों जैसी स्थिति दिखने लगती है, लेकिन अंतर्स्यदन और परिचर्म के बीच तथा अंतर्स्यदन-केद्रों के बीच ये रेशे पूर्ववत् बने रहते हैं। स्वेदक और वपाल ग्रथिया कुपोषित हो जाती हैं।

निदान में यह महत्त्वपूर्ण है कि पहले चर्म और श्लेष्मल झिल्ली पर रोग की रूपलोचनी अभिव्यक्तियों का ही अध्ययन किया जाये, क्योंकि नर्वतत्र और विशेषकर आंतर अंगों की आक्रांतिया किसी खास प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट (लक्षक) नहीं होती। इसके बाद आक्रांति-केद्रों की गदोतलोचनी संरचना और लेप्रोमिन के प्रति शरीर की प्रतिक्रिया (लेप्रोमिन परीक्षण) का अध्ययन करना चाहिए। लेप्रोमिन परीक्षण में प्रवाहु की आकोचनी (मोड़ने वाली) सतह में अतर्चर्म सुई दी जाती है—पिसे हुए कुष्ठार्थिक ऊतक से प्राप्त 0.1 मिलीमीटर लेप्रोमिन की, क्योंकि इन ऊतकों में हैसेन के प्रारंभिक प्रतिक्रिया के रूप में सुई के बाद 24 से 48 घंटे में रक्तस्फीति और शोफ विकसित होता है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया में दो-चार सप्ताह बाद सुई के स्थल पर एक पर्विका बन जाती है, जिसका आकार 1.0-1.5 सेंटीमीटर होता है; पर्विका में व्रणन की प्रवृत्ति होती है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। लेप्रोमिन के प्रति प्रारंभिक और विशेषकर प्रतिक्रिया भविष्यवाणी का लक्षण है क्योंकि यह शरीर

की इमूनों-जीवलोचनी, रक्षा शक्तियों की बनाजना और चर्म-तंत्र की प्रतिनिधित्व करता है।

कुष्ठाविक्रम प्रकार का कृष्ण कणात्मक नेग्रोमिन-वर्णकण तथा नाक की विभाजक दीवार के उपस्थित भाग की झलमल दिक्ता में विपुल संख्या में हैसन-धामिनों की प्राप्ति द्वारा लोपित जाना २। गडबडिया गंठिवत कुष्ठ की चर्म-लोचनी (छलनी) या पाश से खुरची जाती है और ग्लाइड पर तब इसे इमून-नालमन विधि से रजित करके बनाया जाता है। ऊतक-रस में अनेक घातिल अनुद्योदन बात है, ऊतक-रस क्षतिग्रस्त क्षेत्र के चर्म को क्षतांकित करके प्राप्ति किया जाता है। ये रोगी बहुत ही छुतहे होते हैं।

## गंठिवत प्रकार का कुष्ठ

यह कुष्ठ कही अधिक सुदम प्रवाह द्वारा लोहित होता है। चर्म और परिसरीय नर्वों की आक्रांति हावी रहती है। चर्म-क्षतिया तीक्ष्ण परिधीमिल वर्णकहीन शिवत्र जैसी चित्तियों से या चमकीली ललछौंह नीली चित्तियों से लोहित होती है, जिनके मध्य में पीलापन (विवर्णता, फीकापन) होता है। चित्तियों के परिसर में बेगनी आभा की चौरस और कठोर बहुभुजी पिटिकाओं की विशेष प्रकार की सीमा होती है। पिटिकाएं संगम करके ललछौंह बेगनी या ललछौंह भूरी चौरस चर्कातया बनाती है। ये आकार में भिन्न होती हैं और कहीं-कहीं चलयकार आकृतिया बनाती हैं। इन चकतियों के मध्य में निवर्णकता और कुपोषण का धीरे-धीरे विकास होता है।

प्रारंभिक चरण में पीड़ा और तापक्रम के प्रति संवेदिता और कुछ बाट में स्पर्श की संवेदिता से संबंधित गडबडिया गंठिवत कुष्ठ के लिये अत्यंत लंछक विशेषता है। शिवत्रग्रस्त रोगियों में, इसके विपरीत, इस प्रकार की संवेदिताओं को कोई क्षति नहीं पहुंचती। इसके अतिरिक्त, शिवत्र के विपरीत कुष्ठ में तनु 1 1000 हिस्टामीन के 0.1 मिलीलीटर की अतर्चाम सुई से वर्णकहीन चित्ति के क्षेत्र में ददौरे के गिर्द प्रतिवर्त-रक्तस्फीति सप्रेरित नहीं होती। ग्रस्त परिसरीय नर्व मोटे हो जाते हैं और गुलाब की तरह के सूजनो वाले स्थलों पर तनी हुई रस्सियों की तरह परिस्पर्शित होते हैं।

लेकिन गंठिवत कुष्ठ में नर्व के तनों (बड़ी शाखाओं) की आक्रांति ऐसी अभिव्यक्तियां उत्पन्न करती है, जो कुष्ठाविक नर्वशोथ और बहुनर्वशोथ से बहुत हल्की होती है। चर्म के उपागों की आक्रांतियां (बालों का झड़ जाना, ग्रस्त क्षेत्रों में स्वेद-स्राव की गडबडिया आदि) इस प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट है।

आंतर अंगों और अतर्चावी ग्रथियों की आक्रांति अपेक्षाकृत कम होती है

और स्थिति सुदृढ़ होती है

लेप्रोमिन-परीक्षण धनात्मक विलंबित प्रतिक्रिया द्वारा लक्षित होता है।

**पिटिका का ऊतगदलोचन**—सुचर्म के ऊपरी भाग में मुख्यतः पराकुम्भिक अतर्स्यदन मिलता है, जो लसकोशिकाओं, अल्पसंख्या में ऊतकोशिकाओं व उपकलावत कोशिकाओं और सामान्य मात्रा में रेशाकुरो से बना होता है। अल्प संख्या में वासिलों से युक्त कुष्ठ-कोशिकाएं (ये विशाल प्रकार की कोशिकाएं हैं) बहुत कम होती हैं, या बिल्कुल अनुपस्थित होती हैं। अतर्स्यदन में कुष्ठार्बिक कुष्ठ की अपेक्षा कम संख्या में हैसेन-बासिल होते हैं। कभी-कभी तो वे बिल्कुल ही अनुवेदित नहीं होते, फिर भी उग्रता-काल में उनकी संख्या बहुत बढ़ सकती है।

## अनिश्चित प्रकार का कुष्ठ

अल्प संख्या में फीके धब्बों की उपस्थिति से, जिनकी सीमाएं अस्पष्ट होती हैं, मापे और परिरेखाएं भिन्न होती हैं, निदान कठिन हो जाता है। ऐसे रोगियों में हैसेन के बासिलों का अनुवेदन विरले ही होता है। गदोतलोचनी चित्र में सामान्य प्रकार के अविशिष्ट अतर्स्यदन दिखते हैं, जो विभिन्न प्रकार के चिरकालिक चर्मक्लेशों में भी मिलते हैं। अतर्स्यदों में कुष्ठ के कोई वासिल नहीं मिलते। इस प्रकार का कुष्ठ कम छुतहा होता है, रोगी की सामान्य अवस्था अक्सर अच्छी होती है, वह अपने को महसूस भी अच्छा करता है। अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ में चर्म के अतिरिक्त परिसरीय नर्वतंत्र भी आक्रांत होता है। इसके विशिष्ट नर्वशोथ में श्वान्न (Schwann) की झिल्ली मोटी हो जाती है, परिनर्व (नर्व-आवरण) में गोल कोशिकाओं का अतर्स्यद संचित हो जाता है और कुछ नर्व-बंडलों में कुष्ठ के सायोगिक बासिल भी मिल जाते हैं।

बहुनर्वशोथ का तल्पिक चित्र वैसा ही होता है जैसा गठित प्रकार के कुष्ठ में, लेकिन गति-प्रेरण (मोटर), कुपोषण और संवेदनाओं से संबंधित गड़बड़ियां (कुपोषज व्रण, चिड़िया के पजे की तरह हाथ, घोंडे की तरह के पैर का बनना) बहुत तीव्र हो सकती हैं। हैवाना में गृहीत वर्गीकरण में पहले इस प्रकार के कुष्ठ को चित्तीग्रस्त अनसवेदक या कुष्ठ का नार्बिक रूप कहते थे।

अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ से ग्रस्त रोगी में लेप्रोमिन की प्रतिक्रिया भिन्न हो सकती है। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले रोगी में इस प्रकार का कुष्ठ कुष्ठार्बिक प्रकार के संक्रमण कर सकता है। धनात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। इस स्थिति में सिर्फ गठित प्रकार के कुष्ठ में संक्रमण संभव है।

मिश्र या दुरूपिया प्रकार का कुष्ठ बच्चों में (मुख्यतः तीन या इससे अधिक उम्र के बच्चों में) अपेक्षाकृत अधिक पाया जाता है, बनिस्बत कि वयस्कों में। इसमें

एक मास विशेष (कृत्रिमिक) एवं मासिक श. प्रो. जन प्रयोग के २० म  
मवधित गदानाचर्मा परिभाषन वक्षित करने । एकादश वर्षीय २३ व-२५ म उमर  
प्राविक ललापी के रूप में भा. व्यस्य में प्रवेश ।

विभेदक निदान र्मादिजनन योग नैम ३३८ म. स्यात् नैमला नाना २।

[illegible]

डिआमीनोफेनिलसुल्फोन (DDS) और इसमें उल्टा १२ मुख्य एंटीकैंसर साधन हैं।

DDS, आक्लोसुल्फोन और डाप्सोन का सप्ताह तक दिन में दो बार दिये जाते हैं (रविवार को छोड़कर), एक खुराक 0.05 ग्राम होती है। इसका बाद 6 महीने तक नित्य 0.1 ग्राम की खुराक दो बार दी जाती है।

सुल्फेटोन के 50 प्रतिशत सांद्र घोल की अंतर्पेशोय हुई सप्ताह में जो नार दी जाती है, प्रथम सप्ताह में 0.5 मिलीलीटर, दूसरे सप्ताह में 1.0 मिलीलीटर, तीसरे सप्ताह में 1.5 मिलीलीटर, चौथे सप्ताह में 2.0 मिलीलीटर, पांचवें सप्ताह में 2.5 मिलीलीटर और छठे सप्ताह में 3.0 मिलीलीटर, सातवें और आठवें सप्ताहों में 3.5 मिलीलीटर। चिकित्सा छ. महीनों में 50 सूइयों में होनी है।

हाल में एक नया एंटीकुष्ठ साधन डिउर्सोफोन मॉश्लिष्ट किया गया है। मुख्य एंटीकुष्ठ दवा DDS की तुलना में इसकी गरलता एक चौथाई है और लने समय तक देने पर भी कोई अवांछनीय प्रभाव नहीं उत्पन्न होते जैसा कि अक्सर सुल्फोना के उपयोग से होता है। इस नयी दवा का 0.1-0.2 ग्राम दिन में तीन से पांच बार मुख मार्ग से दिया जाता है या इसके 5 प्रतिशत साद्र घोल का 5 मिलीलीटर निव्य अतपेंशीय सूई द्वारा दिया जाता है।

सुल्फोन की दवाएं यकृत एवं वृक्क के कार्यों में तीव्र एवं स्थायी गड़बड़िया होने पर प्रतिसंकेतित हैं; वे रक्तोत्पादक अंगो, हल्कुंभिक तंत्र की अपूर्ति, नीच्र जठरांत्र-रोगो और केन्द्रीय नर्वतंत्र के आतरिक रोगों में भी हानिकर हे ।

सुल्फोनों के अवांछनीय प्रभाव निम्न हैं—अनपच, सिरदर्द, चक्कर, गरलताजनक चर्मशोथ और कुछ स्थितियों में अवरंगी रक्ताल्पता तथा यकृतशोथ । जब ये विकसित होते हैं, खुराक घटा दी जाती है या कुछ समय के लिये दवा रोक दी जाती है ।

तीव्र मृदूतकीय यकृतशोथ मे सुल्फोन दवाए रोक दी जाती है और बिस्मर

म पूर्ण विश्राम, वसा और मसालों पर रोक (आहार में), विटामिन  $B_{12}$  और  $B_{15}$ , आस्कोर्बिक तथा नीकोटीनिक अम्ल, ग्लूकोज अल्कोहल, मेथिओनीन और तीव्र स्थितियों में कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन (वच्चों की दैनिक खुराक 1 मिलीग्राम प्रति किलोग्राम) प्रलिखित किये जाते हैं।

अवतीव या चिरकालिक यकृतशोध से ग्रस्त कुष्ठ रोगी को सुल्फोन सावधानी के साथ अल्प खुराकों में दिये जाते हैं और यकृत के कार्य का नियमित रूप से परीक्षण किया जाता है। यकृत का कार्य सुधारने वाली औषधियाँ (विटामिन,  $B_{12}$  और  $B_{15}$ , नीकोटीनिक अम्ल, लीपोकेन के साथ मेथिओनीन, ग्लूकोज, खोलोजास, आल्लोखोल आदि) और सही आहार प्रलिखित किया जाता है।

रक्ताल्पता की चिकित्सा लौह प्रसाधनों (हेमोस्टीमूलिन, अवकृत फेरस लैक्टेट आदि), विटामिन  $B_{12}$ , विटामिन बी-सकुल, आस्कोर्बिक अम्ल, आखडित (अशो में) रक्ताधान आदि से की जाती है।

‘सीबा-1906’ और एथोवसीडुम—ये थिओयूरिया के व्युत्पाद हैं और सुल्फोनो की तुलना में कम गरलकारी हैं। ‘सीबा 1906’ (थिओकार्बोनीजीड) नित्य एक बार मुखमार्ग से सोमवार से शनिवार तक दिया जाता है—पहले व दूसरे सप्ताह में 0.5 ग्राम, तीसरे से छठे सप्ताह तक 1.0 ग्राम, सातवें से बारहवें सप्ताह तक 2.5 ग्राम और इसके बाद चिकित्सा के अंत तक 2.0 ग्राम। पूरी चिकित्सा 40 सप्ताह चलती है (रविवारों को छोड़कर); इसके बाद महीने का विराम किया जाता है।

एथोवसीडुम मुखमार्ग से नित्य तीन बार दिया जाता है—प्रथम सप्ताह 0.1 ग्राम की खुराकों में, दूसरे सप्ताह 0.2 ग्राम की और तीसरे सप्ताह से 0.3 ग्राम की खुराकों में। जब दवा अच्छी तरह सहन होने लगती है, तब कुछ रोगियों के लिये 21वें सप्ताह से एक खुराक की मात्रा 0.5 ग्राम तक बढ़ा दी जाती है। चिकित्सा 40 दिन तक चलती है (रविवारों को छोड़कर) और इसके बाद एक महीने का विराम किया जाता है।

एटीसुल (गथिलमेर्काप्टान ग्रुप का एक यौगिक) सुल्फोनो के चिकित्सकीय गुणों में स्पष्ट वृद्धि करता है। 5 ग्राम की खुराक बारी-बारी से बाहो, वक्ष, पेट और पीठ की त्वचा में मली जाती है (सप्ताह में तीन बार), वालों वाले चर्म-क्षेत्र और चेहरे की त्वचा को अछूता रखा जाता है। एटीसुल की जगह 10 प्रतिशत सांद्र सुल्फेट्रोन-मलहम भी प्रयुक्त हो सकता है। भलने का काम हर बार 20 मिनट तक चलता है, इसके बाद त्वचा को एक घंटा तक अनावृत छोड़ देते हैं, फिर फुहार में स्नान कराया जाता है। साथ-साथ DDS (या आल्लोसुल्फोन) भी प्रलिखित किया जाता है—100 मिलीग्राम नित्य एक बार (चार सप्ताह तक)। अच्छी सहनशीलता



हान पर इसकी खुराक 200 मिलीग्राम तक बढ़ाई जा सकती है। आधा मात्रा सुबह और बाकी शाम को), लैप्सिन या विलम पाचक नाना-य या पाचक नाना-य चिकित्सा छः महीने तक चलती है।

चालमूत्रा के प्रसाधन—इसका मतलब और इससे मतलब है पाचक ईंधन (पचाल) सुल्फोन-चिकित्सा के दौरान या चिकित्सा के बीच निम्न-काल में न गपक मागना की तरह प्रयुक्त होते हैं। चालमूत्रा के प्रसाधन अंतर्ग्राम मूत्र द्वारा संचालित में दो बार दिये जाते हैं; पहली बार सुई में 0.5 1.0 मिलीलीटर दी जाती है, फिर प्रत्येक सुई में 1.0 मिलीलीटर बढ़ाने हुए कुल मात्रा 5.0 मिलीलीटर तक पहुँचायी जाती है। इसका दौर कुल 30 सत्र में प्रत्येक सत्र में दस में 100 अंतर्ग्राम सुईयाँ दी जाती है (1.0 मिलीलीटर की मात्रा 20 सुईयों में दी जाती है, ताकि त्वचा का क्षेत्र नारंगी के छिलके जैसा दिखने लगता है)। सत्रों के बीच एक-एक महीने का विश्राम रखा जाता है। दवा का सुई द्वारा आधान पहले चर्म के ग्रन्थ क्षेत्रों में होता है, फिर उन क्षेत्रों में, जो सामान्य दिखते हैं। जिस क्षेत्र की चिकित्सा की जाती है, वहाँ फिर सुई कम-से-कम एक महीना बाद ही लगानी चाहिए।

एथिओनामीड आइसोनीकोटिनिक अम्ल का एक प्रसाधन है। इससे चिकित्सा का एक दौर छ महीनों तक चलता है। चिकित्सा भोजन से एक घंटा पहले ली जाती है और ऊपर से पानी (अक्षारीय) पिया जाता है। पहले नित्य 0.25 ग्राम लिया जाता है, फिर पाच दिनों में खुराक 0.5 ग्राम तक बढ़ायी जाती है (दिन में दो बार आधा-आधा)। यदि दवा अच्छी तरह सहन हो जाती है, तो दैनिक खुराक 0.75 ग्राम तक बढ़ाई जाती है। (दिन में तीन बार 0.25 ग्राम)। यह 11वें दिन से किया जाता है। 50 किलोग्राम भारी रोगियों की और बड़े बच्चों की दैनिक खुराक 0.5 ग्राम से अधिक नहीं होनी चाहिए।

दवा का चुनाव और खुराक की मात्रा हर व्यक्ति के लिए अलग-अलग उसके शारीरिक गुणों के आधार पर होनी चाहिए। ऊपर प्रस्तावित खुराकें (एक, दैनिक और पूरी चिकित्सा के दौर की) वयस्कों के लिये हैं। बच्चों के लिये ये खुराकें उम्र और शरीर के भार के अनुसार होनी चाहिए; शरीर की सामान्य अवस्था और प्रतिकारिता, रोग के विकास-चरण और कुष्ठ-प्रक्रिया की प्रकृति को भी ध्यान में रखा जाता है।

चिरकालिक एवं अंतरालयुक्त चिकित्सा-विधियों की सलाह दी जाती है। दवा के प्रति अभ्यस्तता को रोकने के लिये उसे बदलते रहते हैं या विभिन्न एंटीकुष्ठ प्रसाधनों का मेल प्रयुक्त करते हैं (दो या अधिक-से-अधिक तीन दवाओं का इस प्रकार प्रयोग होता है कि कुल खुराक ज्यों-की-त्यों रहे। परस्पर सबधित दवाओं को निश्चय ही एक साथ नहीं प्रलिखित करना चाहिए (जैसे सुल्फोन और



DDS, 'सीवा-1906' और एंथोक्सीडिम को एक साथ देना निरर्थक है)।

चिकित्सा की अवधि दवा के प्रति सहनशीलता, रोग के प्रकार और चरण, रोगी की अवस्था आदि घटकों पर निर्भर करती है।

एटीकुष्ठ चिकित्सा के साथ-साथ सामान्य स्फूर्तिदायक युक्तियों का सकुल और विटामिनो से भरपूर पर्याप्त एवं विविध आहार भी प्रयुक्त होता है। हाल में कुष्ठ की चिकित्सा की विशिष्ट दवाओं के साथ-साथ इनकी रासायनिक चिकित्सकीय प्रभाव को बढ़ाने वाले प्रसाधनों का भी सफलतापूर्वक उपयोग हो रहा है। इनमें निम्न नाम आते हैं—4-मेथिलउरासिल (मेथामिल) और पेटोक्सिल। जब भी आवश्यकता होती है, अगसोझक, करोर्जिक, नेत्रलोचनी और कर्णकठलोचनी सहायता भी दी जाती है, आंतर रोगों की चिकित्सा की जाती है।

सफाई और हाइजिन की उचित परिस्थितियां बनाये रखना, रोगी को व्यक्तिगत हाइजिन के नियम समझाना, सही दिनचर्या का पालन करना और यह विश्वास दिलाना की वह पुनः स्वस्थ हो जायेगा, ये सभी बातें अत्यंत महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। अल्कोहलिक पेय वर्जित हैं।

**निरोध**—जिस क्षेत्र से रोगी आया है, वहां के सभी निवासियों का परीक्षण करना चाहिए। जो लोग रोगी के संपर्क में लंबे समय से थे, उनकी विशेष रूप से जांच होनी चाहिए। इन लोगों और खासकर सगे-संबंधियों का लेप्रोमिन-परीक्षण अवश्य होना चाहिए (पूर्ण तत्त्विक परीक्षण और नासा-विभाजक भित्ति की खुरचनों का परीक्षण भी करना चाहिए)। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले लोगों का सावधानी से परीक्षण करना चाहिए और निरोधक चिकित्सा देनी चाहिए।

यह ध्यान में रखते हुए कि गर्भाशय में स्थित बच्चा मां से कुष्ठ नहीं प्राप्त करता, वह जन्म के बाद मां के संसर्ग से इसे प्राप्त करता है, बच्चे को जन्मोपरांत तुरंत रोगी मां-बाप से अलग कर देना चाहिए।

जिस इलाके में कुष्ठ-रोगी अनुवेदित होता है, वहां के सभी लोगों को प्रतियक्ष्मा टीका और BCG-टीका (काल्मेट-गेरीन टीका) दी जाती है। सभी ज्ञात रोगियों को एक पृथक्कृत कुष्ठाश्रम में रखना चाहिए, जहां उन्हें कारगर चिकित्सा दी जा सके। एटीकुष्ठ प्रतिष्ठान से रोगी को छुड़ी देने के सुसंकेत सोवियत संघ के स्वास्थ्य मंत्रालय के विशेष आदेश (28 मई, 1962) में निर्दिष्ट हैं।

लोगों की जीवन-परिस्थितियों, सामाजिक कल्याण व स्वास्थ्य-सेवा में निरंतर उन्नति विभिन्न रोगों के निरोध में एक महत्वपूर्ण घटक है, जिनमें कुष्ठ भी एक है।

## चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गंठिक्लेश)

### सामान्य सूचनाएं

चर्म-यक्ष्मा सभी देशों में पाया जाता है। गर्म (tuberculous) गण एवं विशेष गुप्त बनाते हैं, जो तत्त्विक व स्पन्दोच्चों विशेषताओं और पाण्डुता में भिन्न होते हैं। अधिकांश के लिये चिकित्सिक एवं पुनर्गर्भी प्रचार विशेष लक्षण है।

**हेतुलोचन—यक्ष्मा (गंठिक्लेश-tuberculosis)** उत्पन्न करने वाले कवकी वाक्तेरियों की खोज रॉबर्ट कोख ने 1882 में की थी।

गंठिक्लेश उत्पन्न करने वाले कवकी वाक्तेरी या मांकोबाक्तेरी (मीकोबाक्टेरियम टुबेर्कुलोसिस, संक्षेप में मी-यक्ष्मा) बहुरूपी होते हैं, इनके विकासचरण विविध हैं। ये धागे जैसे, छड़ी जैसे (बासिल), गोल और अतस्यंद होते हैं। ये गर्मिड-फास्ट और ग्राम धनात्मक होते हैं, इनकी लंबाई 2-4 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 0.2-0.6 मिक्रोमीटर होती है, इनका कैप्सूल नहीं होता, ये स्पॉर नहीं बनाते। मी-यक्ष्मा इलील-नील्सेन की विधि से रजित होते हैं; ये वातजीवी हैं और विभिन्न माध्यमों में जी सकते हैं। थूक (सूख गये) थूक में भी ये कई सप्ताह तक जीवनक्षम रहते हैं। 5 प्रतिशत सांद्र फेनोल-घोल को उतने ही थूक में मिलाने पर ये सिर्फ छ मिनट के बाद ही मरते हैं।

सिर्फ तीन प्रकार के मी-यक्ष्मा आदमी के लिये गंदाजनक महत्त्व रखते हैं—मानुषी (typus humanus), मवेशिक (गाय-बैल के, typus bovinus) और वातीय (typus avium)। मानुषी मीकोबाक्तेरी चर्म-गंठिक्लेश के अधिकांश में सबसे अधिक पाये जाने वाले जीवाणु हैं, मवेशिक अपेक्षाकृत कम अनुवेदित होते हैं (एक चतुर्थांश से पचाश केसों में) और वातीय प्रकार के जीवाणु बहुत विरले ही पाये जाते हैं।

गंठिक्लेश के अन्य रूपों (क्लोमिक, अस्थीय) की तुलना में चर्म की गंठिक क्षतियां बहुत विरल हैं। जीवन-परिस्थितियों तथा स्वास्थ्य-शिक्षा की उन्नति और चिकित्सा व निरोध की उपलब्धियों के कारण सोवियत संघ में अब चर्म-गंठिक्लेश एक विरल रोग है। यह भी उल्लेखनीय है कि चर्म के प्राथमिक गंठिक्लेश (प्राथमिक गंठिक कंठव्रण और तीव्र वर्जरिक गंठिक्लेश) पहले भी विरल थे। चर्म-गंठिक्लेश उन्हीं लोगों में विकसित होता है, जिन्हें पहले कभी गंठिक्लेश हुआ होता है, या जो शरीर के अन्य अंगों या तंत्रों के गंठिक्लेश से ग्रस्त होते हैं।

**गंदाजनन—**चर्म की गंठिक क्षतियों के विकास की युक्ति का अभी तक पर्याप्त अध्ययन नहीं हुआ है। ऐसी धारणा है कि सामान्य चर्म मी-यक्ष्मा की जीवन-क्रियाओं के लिये अनुकूल माध्यम नहीं है, सिर्फ विशेष परिस्थितियों में ही चर्म की गंठिक आक्रांति संभव है। निम्न घटकों को कुछ हद तक महत्वपूर्ण माना

जाता है—हार्मोनिक अपक्रिया, नर्वतंत्र की अवस्था, विटामिन-संतुलन की अवस्था, शरीर में जल और खनिजों का विनिमय, कुम्भिक गड़बड़ियाँ (रक्तस्फीति, कुम्भिक दीवारों की बेधिता और प्रतिरोध में परिवर्तन) आदि। सामाजिक घटक भी महत्वपूर्ण होते हैं—जीवन-स्तर, आहार, हानिकार वृत्तिक घटक आदि। अन्य सप्रवृत्त घटकों में जलवायवी (जैसे परावर्गना किरणों की कमी), सामान्य पैठी राग (खसरा, शोण-ज्वर आदि) का नाम लिया जा सकता है, जो शरीर का रक्षी प्रतिकारी बल क्षीण कर देते हैं। इमूनता और परीजन की अवस्थाएँ भी चर्म की गठिक क्षतियों के विकास में विशेष भूमिका निभाती हैं। चर्म में योजक-ऊतकीय घटकों की प्रचुरता और उनके विविध रक्षी शरीरलोचनी कार्य चर्म में बाधा डालते हैं, इसीलिए अन्य अंगों में गठिक्लेश की विभिन्न अभिव्यक्तियों के बावजूद चर्म इससे अछूता रह जाता है।

चर्म-गठिक्लेश सिर्फ चर्म के विभिन्न शरीरलोचनी कार्यों में गड़बड़ियों के सकुल के फलस्वरूप ही विकसित होता है, जिसके साथ-साथ इमूनता में हास और संवेदीकरण का विकास प्रेरित होता है। ऐसी स्थितियों में नियमतः निमित्त कारणों की विषालुता और परीजन क्षमता बढ़ जाती है। अविशिष्ट इमूनता जितनी ही कमजोर होती है, परीजन सक्रियता उतनी ही सक्रिय हो जाती है (यू. स्क्रिप्किन)। विशिष्ट संवेदीकरण परा-परीजनिक सृक्तियों और अविशिष्ट परीजनिक प्रभावों द्वारा तीव्र हो उठता है। टुबरकूलिन के प्रति यक्ष्मा-रोगी की अतिसवेदिता से भी यक्ष्मा की संवेदीकारी क्षमता सिद्ध होती है। गठिक परीजीकरण की सपुष्टि स्थानिक (टुबरकूलिन की सुई के स्थल पर) प्रतिक्रिया से ही नहीं, वरन् अधिकेंद्रो में उग्रता और पूरे शरीर की सामान्य प्रतिक्रिया (ज्वर, अस्वस्थता, कपकपी आदि) से भी होती है।

गदलोचनी क्षेत्र के ऊतकों में निमित्त कारण का अनुवेदन, पोषक माध्यम में भी-यक्ष्मा का पनपना, जतुओं में गदलोचनी द्रव्य के आधान के धनात्मक परिणाम (विशेषकर गीनिया पिंग में, जो यक्ष्माकारी बसिलो के प्रति बहुत संवेदी होता है), चर्म में एक गठिक संरचना की उपस्थिति, और इन सबके साथ-साथ टुबरकूलिन-परीक्षण-पिक्के (Pirquet), और मंटो (Mantoux) के परीक्षण के परिणाम चर्मरोग के याक्ष्मिक हेतुलोचन के प्रमाण हैं। चर्म-गठिक्लेश के अनेक केसों में (विशेषकर इसके प्रकीर्णित रूप में) ये रीतिया ऋणात्मक परिणाम देती हैं। ऐसे केसों में अधिक व्यापक परीक्षण करना पड़ता है, जिसमें पूर्ण आयुर्वृत्त (जन्म से सभी रोगों और स्वास्थ्य-अवस्था के इतिहास), माता-पिता के स्वास्थ्य, क्लोम तथा लसतंत्र की अवस्था आदि (चर्म-यक्ष्मा के प्रकीर्णित रूप में ग्रस्त 80 से 100 प्रतिशत बच्चों में क्लोम तथा लसतंत्र आक्रांत हो जाते हैं)। जटिल केसों के लाभ-परीक्षण के आधार पर निदान किया जाता है (किस प्रकार की दवा या चिकित्सा से लाभ होता है, इसके आधार पर—diagnosis ex

J vant bus लाभ व निम्न)

चर्म-गठिक्लेश के तत्त्विक रूपों की विविधता अनेक रोगों का मार्ग निर्धारित होती है, जिनमें चर्म की इम्यूनो-जीवलांघना प्रति-कारिता एक मुख्य भूमिका निभाती है। रोगी की उम्र का भी एक निश्चिन्त रहना पड़ता है। कठमाल चर्मता, वृक्षा और शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा अक्सर बचपन और कश्याय में विकसित होना है, जबकि मसेदार चर्म यक्ष्मा और कठललामी मुख्यतः वयस्कता का सम्मन करती है। जलवायवी (अभिनतिक) परिस्थितियाँ भी यक्ष्मा की जीवन-क्रिया के अनुकूल भी हो सकती हैं और प्रतिकूल भी। उदाहरणतः, क्रीमिया, कार्केशिया और एशिया के निवासी यक्ष्मज वृक्षा से विरले ही ग्रस्त होते हैं।

यक्ष्माकारी वासिल चर्म में वहिर्जनित या अनर्जनित मार्ग में प्रविष्ट हो सकते हैं। प्रथम स्थिति में निम्न जीवाणु स्वस्थ व्यक्ति के चर्म में अधिचर्म के विदार या निशल्कन के मार्ग से रोगी व्यक्ति या जंतु से, अथवा किसी अन्य वस्तु से संक्रमण कर सकते हैं (जैसे कसाईखाने में)। वैसे, यह पैठनमार्ग विरल है। अतर्जनित पैठन अधिक सामान्य (प्रायिक) है—किसी अन्य अंग (क्लोम, अस्थियो, लसपर्वो आदि) में स्थित गठिक् अधिकेंद्र में जीवाणु चर्म में रक्त के सहार (रक्तजनित मार्ग से) या लसीका के सहार (लसजनित मार्ग से) पैठन करते हैं। यह पैठन की अपवहनरीति है, जिसे प्रकीर्णित वर्जरिक चर्म-यक्ष्मा, यक्ष्मज वृक्षा का प्रकीर्णित रूप आदि विकसित हो सकता है। निकटवर्ती आक्रान्त अंग से सतन प्रसार द्वारा या थूक, मल-मूत्र में उपस्थित भी यक्ष्मा के स्व-आधान मार्ग से चर्म में पैठन संभव है, जैसे आत्र-यक्ष्मा से ग्रस्त रोगी के पृष्ठद्वार के गिद और क्लोमिक यक्ष्मा के रोगी की मुख-श्लेष्मला पर गठिक् प्रक्रियाएँ शुरू हो जाती हैं।

चर्म की गठिक् आक्रातियों का कोई पूर्ण और संतोषप्रद वर्गीकरण नहीं है। चर्म-यक्ष्मा के बहुसंख्य रूपों को दो ग्रुपों में बाटा गया है—स्थानाबद्ध (अधिकेंद्रयुक्त) और प्रकीर्णित। सामान्य वृक्षा (यक्ष्मज वृक्षा), कठमाल-चर्मता (संगलक यक्ष्मा), मसेदार चर्म-यक्ष्मा, व्रणित चर्म यक्ष्मा और बाजिन (Bazill) का रोग (कठललामी) सामान्यतम स्थानाबद्ध रूप हैं। वर्जरिक गठिक्लेश, शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा (पुराना नाम—कठमालकारी शैवाक) और पिटिकाभृतिक गठिक्लेश प्रकीर्णित चर्म यक्ष्मा का ग्रुप बनाते हैं।

## स्थानाबद्ध रूप (अधिकेंद्रिक चर्मयक्ष्मा)

सामान्य वृक्षा या वृकीय चर्म गठिक्लेश

यह चर्म-यक्ष्मा का सबसे प्रायिक रूप है। यह चिरकालिक, मंद तथा प्रगामी प्रवाह और की प्रवृत्ति द्वारा लक्षित होता है। रोग अक्सर बचपन में शुरू होता

नाक (कभी-कभी तो जीवनभर) बना रहता है। पिछले समय  
इसकी प्रायिकता बढ़ने लगी है।

(या सामान्य) वृका अक्सर चेहरे पर, विशेषकर नाक पर  
में), गालों, ऊपरी होठों और कभी-कभी गरदन, धड़ तथा हाथ  
होता है; अक्सर यह श्लेष्मल झिल्लियों पर भी विकसित हो  
प्रतिशत रोगियों में)।

से संबंधित कृतियों में निम्न आकड़े मिलते हैं—सामान्य वृका  
रोगियों को क्लोमिक यक्ष्मा रहता है, 5 से 20 प्रतिशत  
अस्थि-संधियों का यक्ष्मा रहता है। चर्म मुख्यतः रक्तजनित  
से आक्रांत होता है। प्रक्रिया अक्सर चोटज क्षति (कटने-फटने  
है, जिसमें अव्यक्त पैठन सक्रिय हो उठता है।



सामान्य वृका

[illegible]

पिटिकाएँ धीरे-धीरे बढ़ती हैं, सगम करकें अनियमित आकारों में बन्ने लगती हैं, जिसमें गुल्म जैसे अधिकेंद्र होते हैं। बड़े वृक्ष अतस्पर्ध के कारण लाने ल बनते हैं। सामान्य वृक्षा के 4 प्रतिशत केंद्र कटकाशक्तीय या आकार कांशक्तीय कर्कार्ब से क्लिष्ट हो जाते हैं। वृक्षीय अतस्पर्धों के शृङ्खल अपक्षापण से कुपोषी दाग रह जाते हैं। वृक्षार्ब के स्थल पर बनने वाले दाग चौरस, श्वताभ और दृग्मुख में सिगरेटी कागज जैसे होते हैं। वृक्षीय क्षतिया कुपोषी दाग के स्थल पर दुबारा भी उत्पन्न हो सकती है (गदोचीनक चिह्न)। सामान्य वृक्षा के कई तल्पिक रूप हैं, जो पर्विकाओं के बाह्य रूप, किन्ही विकस-चरणों के प्राबल्य और राग-प्राक्रिया के प्रवाह द्वारा विभेदित होते हैं।

ऊपर वर्णित मुख्य रूप को चौरस वृका कहते हैं, जिसके दो भेद हैं- चौरस चित्तीनुमा वृका और चौरस गठिक वृका। प्रथम में वृकाब त्वचा से ऊपर उभरे हुए नहीं होते, दूसरे रूप में वृकाब त्वचा से ऊपर उभरकर गांठों की तरह भांट (और परिसीमित) धब्बे बना लेते हैं।

गुल्मवत वृक्का ऐसी अवस्था है, जिसमें गुल्म जैसी मुलायम क्षतिया उत्पन्न होती है; दरअसल ये नहीं, परम्पर सन्तान पर्विकाओं का जमघट होती है। ये कान और नाक की नोक पर स्थित होती है और इनमें व्रण्य अपघटन की प्रवृत्ति होती है।

ललामीवत सामान्य वृक्षा प्रचङ्ग अनिरक्तल अधिकेद्रां और स्पष्ट अतिशृङ्गनता

द्वारा लक्षित होता है

शल्की वृक्का मे शृंगी परत ढीली हो जाती है और वृकीय अधिकेंद्र पर स्पष्ट शल्कन शुरू हो जाता है।

अतिकुपोपी मसेदार वृक्का मे वृकावो पर कीलक जैसे बड़े-बड़े अतिशृंगिक प्रवर्ध बन जाते है।

विव्रणित वृक्का अधिकेंद्र के विस्तृत व्रणन द्वारा लक्षित होता है। व्रण सतही होते है और उनकी परिरेखाएं अनियमित एवं शुक्तिक होती है। किनारिया मुलायम और सुरगित होती है और तली गंदे-भूरे कीलक जैसे कणीकरण से ढकी होती है और सरलतापूर्वक रक्त-स्राव करने लगती है।

कुछ केसो में गहराई पर स्थित ऊतक (उपास्थिया, अस्थिया, मधिया) भी विनाशकारी व्रणन की चपेट में आ जाते है। इससे विकलागता, रेशेदार व गुल्मवत क्षतांक, नाक, कान, पलक, उगलियो और हाथ-पैर के आकार में विकृति उत्पन्न होती है (विकलांगकारी वृक्का)। नाक की विभाजक भित्ति और उपास्थि के नष्ट होने से वह चिड़िया की चौच जैसी छोटी और नुकीली हो जाती है। पलकों का उलटना (विवर्तन), मुंह का सकरा होना, कर्ण-पालिका और कर्ण-कुहर की विकृति भी पायी जाती है। इन सबसे रोगी बदशक्ल हो जाता है।

श्लेष्मल वृकीय गठिक्लेश नाक और मुंह की श्लेष्मलाओं की आक्रांति है, जो कभी-कभी असंपृक्त भी होती है। मुंह में मसूढ़ों और कठोर तालू की श्लेष्मल झिल्लियां रोग-प्रक्रिया के प्रिय स्थल हैं। शुरू में बाजरे के दाने जैसी नन्ही नीलाभ लाल गठिकाएं उत्पन्न होती है; ये इतनी पास-पास होती है कि ग्रस्त क्षेत्र की सतह दानेदार दिखने लगती है। उनमें निरंतर चोट आदि लगते रहने से वे व्रणित होने लगती है। व्रणों की सीमा अनियमित शुक्तिक (सीप की सीमारेखा जैसी) होती है और तली कणदार (दानेदार) होती है। इनसे सरलतापूर्वक रक्त रिसने लगता है और ये एक पीली झिल्ली से आच्छादित होते है। व्रणों के गिर्द यदाकदा गठिकाएं भी नजर आती है। प्रक्रिया वर्षों तक चलती रहती है, बहुत धीरे-धीरे आगे बढ़ती है और इसके साथ-साथ लसग्रंथिशोथ व श्लीपद भी शुरू हो जाते है। जब क्षतिया त्वचा पर भी पायी जाती है, तब निदान सरल हो जाता है। नासा-श्लेष्मला की आक्रांति गहरे नीले रंग के मुलायम पर्विकीय अतर्स्थदन द्वारा लक्षित होती है, जो सरलतापूर्वक रक्त रिसाने वाले व्रण बनाते हुए अपघटित हो जाता है। उपास्थि के नष्ट हो जाने के कारण नाक पर एक आरपार छेद बन जाता है। चेहरे के चर्म में सामान्य वृक्का की आक्रांति से पूर्व नासा-श्लेष्मला में क्षति उत्पन्न होती है।

अन्य रूप भी वर्णित किये गये हैं—बुसनरूपी सामान्य वृक्का, जिसमें शृगन प्रक्रिया में गडबडी के कारण हल्का शल्कन होने लगता है। खर्जुरूपी सामान्य वृक्का



जिसमें शल्को पर चार्दी की तरह चमकीली आभा होती है, जिसकी सामान्य वृक्का, जिसमें केंद्रस्थ वृक्काव नव कुपोषी क्षताएं बनाती हैं और अणु-गर्भित हो जाती है, परिसर पर (और पुनर्नव वृक्कार्ब की जगह भी) नये वृक्काव उत्पन्न होने लगते हैं। इन स्थितियों में अधिकेंद्रों का परिग्रेखाण विच्छन्न भिन्न प्रकार का हो जाती है। सामान्य वृक्का के अन्य रूप भी हैं, जिनमें—अपशल्की, पन्तग्वन, मृदुवन।

सामान्य वृक्का अक्सर निम्न रंगों से विलिप्त हो जाता है—चमशाण स (नाक, हाँठ, पैर के रोगग्रस्त चर्म-क्षेत्र पर), लसकृमीशोथ से, एक पुयकारी प्रक्रिया से (इपेतिग वृक्का) और चर्मकर्कार्ब (कर्कार्बी वृक्का) से, जो विशेष खतरनाक होता है, यह कुपोषी वृक्कीय क्षताओं के परिग्रेक्ष्य से विकसित होता है। कर्कार्बी वृक्का अधिकांशतः उन लोगों के चेहरे के चर्म पर होता है, जो बहुत लंबी अवधि से सामान्य वृक्का की चपेट में रहते हैं।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में गठिकाएं उत्पन्न होती हैं, जो उपकलीय एवं विशाल कोशिकाओं से बनी होती हैं और लसकोशिकाओं के एक क्षेत्र में घिरी रहती हैं। लांगहान्स (Langhans) की विशाल कोशिकाएं गठिका के मध्य में होती हैं। परिसरीय क्षेत्र में लसकोशिकाओं के अतिरिक्त प्लाज्मा-कोशिकाएं भी बहुत बड़ी संख्या में उपस्थित रहती हैं। गठिकाओं में पनीर-सदृश विभूति नहीं होती, या बहुत कम होती है। यत्र-तत्र ऐसी भी कुभियां मिलती हैं, जिनका आवरण बदल चुका होता है और यहां तक कि छेद (भीतरी मार्ग) भी अवरुद्ध रहता है। मी-यक्ष्मा मुश्किल से मिलते हैं और बहुत ही कम संख्या में होते हैं। कभी-कभी विशाल कोशिकाओं से युक्त विसरित लसवत अंतर्स्यदन का पता चलता है; उसमें कोलाजनी प्रत्यास्थ ऊतक नहीं होते। अधिचर्म में परिवर्तनों की प्रकृति द्वितीयक होती है—अतिशृंगनता, कंटलयक्लेश और पिटिकार्बक्लेश (मसेदार वृक्का में)। वृक्कीय व्रणों की किनारियों पर अधिचर्म स्पष्ट कंटलयन की अवस्था में होता है। वृक्कीय अंतर्स्यदन कभी-कभी क्षताओं के क्षेत्र में बचा रह जाता है, जिससे क्षताकित ऊतक पर वृक्कार्ब का पुनरावर्तन हो जाता है।

निदान निम्न पर आधारित होता है—रोग के तत्त्विक लक्षणों, वृक्कार्बों के लच्छक गुण ('सेब की जेली' और पोस्पेलोव के लक्षण), उनके स्थान, प्रक्रिया के प्रवाह, क्षताओं की प्रकृति।

विभेदक निदान गठिकीय सीफलिस, कुष्ठ व लेइशमैनता के गठिवत रूपों, अशुकवकता, ललामक्लेशिक वृक्का के डिस्कवत (डिस्कोइड, चकतीनुमा) रूप के साथ किया जाता है। गठिकीय सीफलिस में गठिकाएं कठोर होती हैं, अधिकेंद्रों के रूप में व्यवस्थित रहती हैं, उनमें सगम की प्रवृत्ति नहीं होती। अन्य बातें—डायस्कोपी और पोस्पेलोव लक्षण ज्ञात करने के परिणाम — होते हैं गठिकाओं के



अपचोषण के बाद क्षताओं की मोजेक जैसी सज्जा बन जाती है (अनियमित तलाकृतियों और असमरूप वर्णकता के कारण), अपचोषण के बाद नयी गठिकाएँ नहीं बनती, प्रक्रिया का प्रवाह अपेक्षाकृत तीव्र होता है (कुछेक सप्ताह से कुछेक महीनों में, लेकिन वर्षों तक कभी नहीं चलती), कुछ केसों में सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणाम। कुष्ठ के गठिवत् रूप की निम्न विशेषताएँ हैं—ग्रस्त चर्म-क्षेत्र से पीड़ा एवं तापक्रम की संवेदना का लोप, क्षतियों की बहुरूपता (चित्तीनुमा, पिटिकीय, गठिकीय क्षतियाँ); पिटिकाओं व गठिकाओं की कठोर बनावट तथा जंकाह भूरी आभा; चर्म में पोषण सबधी विस्तृत गडबड़ियाँ, वृकार्ब के ऊतक-द्रव के सूक्ष्मदर्शन से हांसेन के बासिलो का अनुवेदन। चर्म-लेइशमैनता के गठिवत् रूप के निदान में महत्वपूर्ण बातें निम्न हैं—आयुर-वृत्त (जैसे रोगी का बहुमारी-क्षेत्र में रह चुकना); लेइशमैनार्ब के स्वस्थ होने पर क्षतांक के गिर्द गठिकाओं का अवस्थित होना, लेइशमैनार्ब के गिर्द मोती जैसे स्थूलन के रूप में लसकुभीशोथ का विकास, खुले चर्म-क्षेत्रों पर गठिकाओं की स्थिति; गठिकाओं का शीघ्र प्रचुर पूयस्राव के साथ वर्णन; निमित्त जीवाणु का अनुवेदन। अंशुकवकता में गठिकीय क्षतियाँ विरल हैं, वे कठोर होती हैं, उनमें परस्पर सगम की प्रवृत्ति होती है। नासूरों के मुँह कठोर अतर्स्यदन से घिरे होते हैं। द्रव पूय में पीले पनीर जैसे दाने दिखाई देते हैं (आक्तीनोमीत के इजेन)। सामान्य वृका के कुछ रूप (जो नाक व गालों पर स्थित होते हैं और शल्कन व अतिशृंगनता से लथित होते हैं) ललामक्लेशिक वृका से मिलते-जुलते हो सकते हैं। कुछ केसों में बिओप्सी (बायोप्सी) तथा ऊतलोचनी परीक्षण की सहायता लेनी पड़ती है।

**चिकित्सा**—विटामिन D<sub>2</sub> (दैनिक खुराक 30000-50000-100000U) और फ्थीवाजिड या इजोनिआजिड (0.3-0.5 ग्राम दिन में तीन बार, कुल खुराक 100-2000 ग्राम) मुखमार्ग से दिया जाता है। स्ट्रेप्टोमीसिन की सुइयाँ (दैनिक खुराक 0.5-1.0 ग्राम) की कुल खुराक 100 ग्राम प्रलिखित की जाती है। ये दवाएँ उपचारकर्ता की सतत निगरानी में दी जाती हैं, क्योंकि इनसे अवांछनीय प्रभावों एवं क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है। PAS तथा अन्य एंटी-गठिक्लेशिक दवाएँ कम असरदार होती हैं। एक्स-रे से विकिरणन वृका के गुल्मिक, पिटिकार्बी, मसदार एवं व्रणीय रूप से और श्लेष्मल झिल्लियों के तीव्र अतर्स्यदन में सुसंकेतित है। प्रकार-चिकित्सा (धूप या कार्बन-आर्क से युक्त लैंप के प्रकाश का सेवन) बहुत कारगर होती है, लेकिन उन्हीं लोगों के लिये प्रयुक्त हो सकती है, जिनके क्लोम (फुफ्फुस; फेफड़े) में गठिक्लेशिक प्रक्रिया सक्रिय नहीं होती है। नमकहीन आहार सुसंकेतित है।

**बाह्य चिकित्सा का उद्देश्य है** ————— ऊतकों को नष्ट कर देना इसके

लिये 10-20-50 प्रतिशत साइट पोस्टमोर्टल-मन्त्र, 7 प्रतिशत साइट आर्गेनिक-पस्ट 30 प्रतिशत साइट रेजार्मिनेशन-पस्ट, और इन साइटों में आर्गेनिक का उपयोग होता है। श्लेष्मला पर स्थित वृक्कायों को लैक्टिक एसिड के 50 प्रतिशत साइट पाल द्वारा या पिऑसिड द्वारा जला देते हैं। सीमित आक्रान्ति होने पर कभी कभी अधिकेंद्र का कार्बोजिक विधि में दूर करके एन्डोम-से से चिकित्सा उद्देश्य से निदेश दिया जा सकता है। कुटाली केमो में उपर्युक्त दवाओं तथा निर्वाह-या गीनियों का भवन भी सुमर्थनित है। ऐसे रोगियों का इलाज और परीक्षण नियमित रूप से होना चाहिए।

**भविष्यवाणी**—सामान्य वृक्का लम्बे समय तक बना रहता है। कुछ केंसों में आक्रान्ति-केन्द्रों में विकास की कोई प्रवृत्ति नहीं होती, चिकित्सा नदी करने पर भी वे वर्षों तक ज्यों-के-त्यों बने रह सकते हैं। अन्य केंसों में गटलोचनी प्रक्रिया नये-नये चर्म को ग्रस्त करते हुए बहुत मंद गति से प्रसारित होती है। ऐसा प्रसार सहवर्ती रोगों, प्रतिकूल जीवन-परिस्थितियों तथा अन्य घटकों से प्रोत्साहित होता है, जो शरीर के रक्षी बल को और उसकी प्रतिकारिता को क्षीण करते रहते हैं। यथासमय उठाये गये आवश्यक कदमों, विवेकसंगत चिकित्सा, कैलोरी समृद्ध आहार और उचित देखभाल से रोगी सामान्य जीवन में और काम पर लौट सकता है।

## कंठमाल-चर्मता या संगलक चर्म-यक्ष्मा

कंठमाल-चर्मता चर्म-यक्ष्मा का बहुत ही सामान्य रूप है और लगभग सिर्फ बचपन और कैशोर्य में होता है। इसके दो रूप हैं—प्राथमिक कंठमाल-चर्मता, जिसमें क्षति किसी निश्चित चर्म-क्षेत्र में बनती है (रक्त द्वारा वहां यक्ष्माकारी बासिलो के पहुंचने से, ये अक्सर एकल एवं अलग-अलग आक्रान्तियां होती हैं), और द्वितीयक कंठमाल-चर्मता (जो अधिक प्रायिक है), दूसरे रूप में पैठन यक्ष्माग्रस्त लसपर्वों से (और अपेक्षाकृत कम केसों में अस्थियों तथा अस्थि-संधियों से) सतत प्रसार द्वारा फैलता है।

रोग चर्म का अवचार्म वसा में अपेक्षाकृत कठोर, अंडाकार व गहराई पर बैठी गठिकाओं द्वारा लक्षित होता है। वे बैंगनी-लाल, पीडाहीन और हल्की-सी कोमल होती हैं। गठिकाएँ बाद में मुलायम हो जाती हैं और आपस में संगम करने लगती हैं, गठिकाओं का मुलायम जमघट बना लेती हैं, गलने लगती हैं, फिर विद्राधियों में परिणत हो जाती हैं, जिनमें नासूर और व्रण विरचित होने लगते हैं। व्रण सतही होते हैं, इनकी आकृति अनियमित होती है, किनारियां मुलायम, चिकनी, नीली और सुरंगित होती हैं। वे दानों से तथा पनीरी अपघटन की टूटनों से आच्छादित होते हैं जब व्रण ठीक हो जाता है विशेष प्रकार से ऐंठे हुए अनियमित आकृति

के) सेतु-सदृश दाग रह जाते हैं, जिन पर बड़े लोम होते हैं। ये शरीर को कुरूप करते हैं। कठमाल-चर्मता के प्रिय स्थल निम्न हैं—गले की पार्श्व सतहें, अवजंभी एवं अधिजंभी (जबड़े के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र, कर्णशंख के गिर्द, अवजत्रुक एवं अधिजत्रुक (हंसुली के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र और अस्थि-संधियों के गिर्द चर्म-क्षेत्र। कठमाल-चर्मता अक्सर अस्थियों, संधियों आखों और क्लोमो के गंठिवलेश तथा चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों (सामान्य वृका, मसेदार गंठिवलेश) के साथ-साथ ही होती है।

**ऊतगदलोचन**—पनीरी (छेने जैसा) अपघटन और बहुसंख्य लसकोशिकाएँ गठिका के मध्य भाग में पायी जाती हैं। विमृत क्षेत्र अंतर्स्यदन से घिरा होता है, जो लसकोशिकाओं, प्लाज्मा-कोशिकाओं से बनता है। अंतर्स्यदन के क्षेत्र में नवसर्जित रक्त और लसकुभिया अवरुद्ध अवस्था में होती हैं (उस अंतर्स्यदन के क्षेत्र में, जिसका अभी अपघटन नहीं हुआ है)। मी-यक्ष्मा गदलोचनी प्रसाधनों में कहीं अधिक प्रायिक रूप से मिलते हैं, बनिस्बत कि सामान्य वृका में।

**निदान**—कठमाल-चर्मता का निदान तल्पिक लक्षणों और पिके-परीक्षण पर आधारित होता है (परीक्षण का परिणाम सुदम प्रक्रिया वाले बड़े बच्चों में तीव्र धनात्मक होता है, लेकिन छोटे बच्चों में विरोधाभासी होता है)। रोग-वृत्त, तल्पिक, एक्स-रे तथा ऊतलोचनी परीक्षण भी ध्यान में रखे जाते हैं।

विभेदक निदान मुख्यतः सीफिलिसी रालार्ब, अशुकवकता के रालार्बिक पर्विकीय रूप, चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता और बाजिन-रोग के साथ किया जाता है। सीफिलिसी रालार्ब में सिर्फ केंद्रीय अपघटन होता है और वहाँ क्रेटर जैसा व्रण बन जाता है, जो कठोर अंतर्स्यदन की एक परिमा (rim) से घिरा होता है, सीरमलोचनी परीक्षण का परिणाम अक्सर धनात्मक होता है और बिओक्वीनोल से आजमाइशी चिकित्सा करने पर रालार्ब अपचोषित हो जाता है। रालार्बिक-पर्विकीय अशुकवकता (गरदन पर या अवजंभी क्षेत्र पर) अपेक्षाकृत कठोर, वृहत्, अर्ध गोलाकार पर्वों के विरचन द्वारा लक्षित होती है। वे एक अंतर्स्यद के रूप में सगम कर जाते हैं, जो काठ की तरह कठोर होता है; इसके केंद्र में नासूर के मुहाने के साथ-साथ मुलायमियत विकसित होती है। इसमें से पीले पनीरी दानों (ड्रूजेन) से मिश्रित पूय स्रावित होता है।

चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता नियमतः वयस्कों को होती है और बहुरूप सतही व गहरे चर्मपूयसों द्वारा लक्षित होती है, जिनमें लसपर्वों के पड़ोस में (निकट) विरचित होने की कोई प्रवृत्ति नहीं होती; व्रण के गिर्द शोथी प्रतिक्रिया होती है। बाजिन-रोग को कठमालचर्मता से तभी विभेदित करना पड़ता है, जब वह पिडलियों पर स्थित होता है। बाजिन की कठललामी में क्षतियाँ सममित रूप से

व्यवस्थित होती हैं, पाँचकाणं उभरी हटं नर्त्तं शर्त्तं (मिथुन चान्द्रम विनार्त्तनं अतम्यदनं होता है; व्रणन की कम प्रवृत्ति होती है, वह रोग निशायकर नर्विक्रियो का रोग-परिपक्वता की अवधि में होता है)।

**चिकित्सा**—निम्न दवाएँ परिचित होती हैं— फर्गुवाजीड (कुल खुराक 100-200 ग्राम) तथा इजोनीकोटिनिक अम्ल हाइड्राजिन (हाइड्राजाइड) के अन्य प्रसाधन (इजोनिकाजिड, सालूजिड) दैनिक खुराक 0.75-1.0 ग्राम; म्प्रेनोमीसिन नित्य 1.0 ग्राम (कुल खुराक 100 ग्राम तक), सोडियम-पैरा अमीनोसालीसीलेट (सोडियम-PAS, 'पेपास') नित्य 8.0-12.0 ग्राम (कुल खुराक 600-800 ग्राम), फोटेन और फोस्फेन। सूर्य-चिकित्सा और परावैगनी विकिरण भी कारगर उपाय है। कुछ केसों में करोर्जन की सहायता ली जाती है। बाह्य चिकित्सा में निम्न प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं—एथोक्सीडिआमिनोआक्रीडीन लैक्टेट और गोटेशियम परमैंगनेट के लोशन, 10 प्रतिशत सांद्र आयोडोफोर्म-इमल्शन नासूर में सुई द्वारा आधानित होता है।

**भविष्यवाणी**—रोग का चिरकालिक प्रवाह महीनों और वर्षों तक चलता रहता है, बीच-बीच में कभी-कभी कुछ समय के लिए उपशमित भी होता है। हल्के केस आधुनिक रीतियों से सफलतापूर्वक ठीक हो जाते हैं। व्रणन-प्रक्रिया के बहुत आगे बढ़ जाने पर भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

## मसेदार चर्म-यक्ष्मा

रोग अधिकांशतः वयस्को को होता है और उनमें भी ज्यादातर पुरुषों को, लेकिन रोगियों की कुल संख्या सामान्य वृद्धा के रोगियों की संख्या से आधी होती है। मसेदार यक्ष्मा ज्यादातर उन लोगों को होता है, जो आदमी और जंतु के मृत अंगों में उपस्थित गॉठिक्लेशिक द्रव्य के संपर्क में अपनी वृत्ति (जीविका) के कारण आते हैं (जैसे जंतु-करोर्जक, गदलोचक, कसाई, बूचड़खाने के कर्मी आदि को)। वे लोग भी अक्सर ग्रस्त हो जाते हैं, जिन्हें यक्ष्मा के सक्रिय रूप से पीड़ित लोगों की देखभाल करनी पड़ती है (जैसे आयुर्-कर्मी)। इन स्थितियों में रोग अतिपैठन के फलस्वरूप उत्पन्न होता है। क्लोम, आत आदि के यक्ष्मा के खुले रूपों से ग्रस्त रोगियों में मसेदार यक्ष्मा स्व-आधान के फलस्वरूप विकसित हो जाता है।

क्षतियाँ अक्सर हथेली के पीछे और उंगलियों पर स्थानाबद्ध होती हैं, गोड पर अपेक्षाकृत विरले ही होती हैं। पहले मटर के दाने जितने बड़ी, कठोर, नीली-लाल गठिका उत्पन्न होती हैं (शवगठिक)। यह एक चौरस कठोर पैदल में परिणत होता जाता है, जिसकी सतह पर मसे बनते हैं और बड़ी-बड़ी शृंगी परते बैठती हैं। मसेदार यक्ष्मा के विकसित अधिकेंद्र में तीन कटिबंध होते हैं—परिसरीय

मा), मध्य (कठोर कीलक-सदृश उभार, विदार तथा खड्डिया) और रूप गटिकीय सतह से युक्त कुपोषित चर्म-क्षेत्र)। अपचोषण व र क्षणांकित होते हैं। क्षेत्रीय लसकुभिया और लसपर्व भी अक्सर गेट में आ जाते हैं। जब (मास) कीलक जैसी विरचना को ढबाय ने की तरफ से पूय की बूदे निकल आती है, यह उप-अधिचर्म सूक्ष्म व है। मुख्य अधिकेंद्र के परिसर पर नयी पर्विकाएँ और नये पैबद ने हैं, जो बाद में सगम कर जाते हैं।

के अपचोषण के बाद कुपोषण क्षतांक रह जाते हैं; सामान्य वृका व स्थलों पर नयी क्षतियाँ नहीं उत्पन्न होती हैं। रोगी की सामान्य र सतोषप्रद होती है। टुबरकूलिन-परीक्षण के परिणाम 80 से 96 ' ने में धनात्मक होते हैं।

नोचन—कटलवक्लेश, अतिशृंगनता और पिटिकार्बक्लेश पाये जाते हैं नीचे बहुरूप-नाभिकीय श्वेतकोशिकाओं और लसकोशिकाओं से श्री अंतर्स्पंदन दिखाई देता है। अधिचर्म की कांटल परत में यत्र-तत्र भी मिलती है। हल्की पनीरी (छेने जैसी) विमृति वाली विशिष्ट तर सुचर्म के मध्य भाग में अवस्थित रहती हैं। कुछ केसों में



मसदार चर्म-यक्ष्मा

अग्निशय्य शोथो अन्त्ययः ॥ गता जाता गन्तव्यः ॥ अन्त्ययः म मा गन्तव्यः अधिक अक्सर और आधिक्य लब्ध्या में मिलने से, अन्त्ययः कि सामान्य प्रकार में।

निदान के आधार निम्न १ - तालिक चित्र १ आधिक्य के कारण पर वगनी-नाल मीमा और उगके तीन कर्श्वधों की स्थिति, प्रक्र ॥ का स्थान, ऊननाचनी परीक्षणों के परिणाम, दूरवर्तमान-परीक्षण के, अन्त्ययक परिणाम, मोनोप्रा पिण म ऊतक-द्रव आधान करने के परिणाम। पनपु चमपुवता में (इसके विपरीत) स्पष्ट शोथ और प्रचुर पूय-स्राव होता है (जब 'पेचद' को किनारियों पर दबाया जाता है)। अकुरी कवकता, वर्णकवकता और स्फोरज लोमकलेश में मुलायम रिसानु अतर्प्यदन होता है, जिससे विशिष्ट प्रकार का स्राव निकलना है। इन चिरकालिक कवकताओं के निदान की पुष्टि वाक्तेरिओस्कोपी और ऊतलोचनी परीक्षण से हो जाती है। कटकोशिकीय कर्काब प्राकृतिक छिद्रों (मुहानों) के पड़ोस में सममित रूप से अवस्थित होता है और कम समय में ही व्रणित होने लगता है।

चिकित्सा—गठिक्लेशिक (याक्षिक) चर्म-क्षतियों के लिये प्रयुक्त सामान्य चिकित्सा के अतिरिक्त तीक्ष्ण लोचनी से खुरचन, पारतापीय स्कंदन और एक्स-रे-चिकित्सा का भी उपयोग होता है।

भविष्यवाणी—अक्सर अनुकूल होती है, यद्यपि रोग प्ररक्षित चिरकालिक प्रवाह भी ग्रहण कर सकता है।

## चर्म और श्लेष्मल झिल्लियों का व्रणित यक्ष्मा

इस रोग को वर्जरिक व्रणित यक्ष्मा भी कहते हैं। अन्य नाम भी हैं—द्वितीयक याक्षिक (गठिक्लेशिक) व्रण, मुहानों का चर्म-गठिक्लेश। चर्म-यक्ष्मा का यह विरल रूप आंतर अंगों (क्लोमों, कंठ, आंत, गुर्दों) के यक्ष्मा से पीड़ित रोगियों में पाया जाता है और उनमें यह रोग स्व-आधान के सहारे उत्पन्न होता है। क्षतियां अक्सर प्राकृतिक छिद्रों (मुहानों) के समीप उत्पन्न होती हैं, जहां चर्म सतत रूप से श्लेष्मल झिल्ली में सक्रमण कर जाता है (प्राकृतिक छिद्र है—मुह, नाक, पृष्ठद्वार, लिङ्गपूग)। मी-यक्ष्मा रोगी के थूक तथा मूत्र के साथ निकलते हैं और चर्म या श्लेष्मल झिल्लियों में आरोपित हो जाते हैं।

पिन के सिर जैसी छोटी पीताभ-लाल पर्विकाएं अक्सर अप्रेक्षित रह जाती हैं, क्योंकि वे तेजी से पिपिकाओं में परिणत हो जाती हैं, जो खुलकर सगम कर जाती हैं और बड़े-बड़े व्रण बना लेती हैं। व्रणों की किनारिया मुलायम, हल्की लाल, सीप की तरह वक्र (शुक्तिव) और सुरंगित होती हैं; तली असमतल दानेदार होती है, कणीकरण अल्प और भूरा होता है। तली से अक्सर रक्त रिसता है और वह अपूर्ण पूय-सीरमी झिल्ली से ढकी रहती है। पीली गठिक्लेशिक गठिकाओं के पनीरी

अपघटन से ब्रण की तली और उसके गिर्द छेने जैसे कण जमा हो जाते हैं (ट्रेलाट के कण)। आक्रांति के अधिकेंद्रों के गहरे होने और उनके विसर्पी प्रसारण के लिए जिम्मेदार ये ही कण हैं। ब्रण बहुत ही कोमल होते हैं, जिससे खाना (यदि प्रक्रिया मुह में अवस्थित है) और मल-विसर्जन (यदि क्षति पृष्ठद्वार के क्षेत्र में है) कठिन हो जाता है।

वाक्तरिओम्क्रोपिक विश्लेषण से ढेर सारे मीकोबाक्तेरी मिलते हैं। इन रोगियों में टूबरकूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होता है, क्योंकि इमूनोजनन भयानक रूप से निढाल हो जाता है और अनूर्जिता की अवस्था आ जाती है।

**ऊतगदलोचन**—ऊतलोचनी चित्र अविशिष्ट शोथी अतर्क्यदन द्वारा लछिन होता है, जिसमें मीकोबाक्तेरी अनुवेदित होते हैं।

**निदान** के आधार निम्न है—तल्पिक चित्र, आंतर अंगों में सक्रिय यक्ष्मा और ट्रेलाट (Trelat) के कणों की उपस्थिति और सूक्ष्मदर्शन से मीकोबाक्तेरियों का अनुवेदन। कुछ स्थितियों में चर्म के ब्रणित यक्ष्मा को पहचानने में किसी अंग में यक्ष्मा का ज्ञात होना भी सहायक सिद्ध होता है।

द्वितीयक सीफिलिस के ब्रणित सीफिलड के साथ विभेदक निदान में इसकी क्षतियों की तली और किनारियों की कठोरता, स्नायु में त्रेपोनेमा पालीडुम के अनुवेदन, द्वितीयक अवधि के अन्य लक्षणों और रक्त के सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणामों को ध्यान में रखा जाता है। तृतीयक सीफिलिस की गठिकाएँ गहरे ब्रण बनाती हैं, जिनकी आकृति सही गोल होती है, किनारी रिम की तरह कठोर उभरी होती है; ये ब्रण लंछक रूप से पीड़ाहीन होते हैं। सामान्य वृक्का के ब्रणित रूप में 'सीक' और 'सेब की जेली' के लक्षण देने वाले लंछक वृक्कार्ब ब्रणित-सतह के परिसर पर उत्पन्न होते हैं। टूबरकूलिन परीक्षण के धनात्मक परिणामों को और इस बात को कि रोगी अपने को काफी अच्छा महसूस करता है, ध्यान में रखना चाहिए। कठब्रण-सदृश ब्रणों के साथ-साथ तीव्र शोथ, प्रचुर पूय-स्नायु, परिसर में सतान-क्षतियों (daughter lesions) और कठब्रण की गिल्टी की अक्सर उपस्थिति भी प्रेक्षित होती है। प्रयोगशाला के अध्ययन से डुक्रे-उत्रा-पीटर्सन के स्ट्रेप्टो-बासिल मिलते हैं। उपकलार्ब के विभेदक लक्षण हैं—ब्रणों की किनारियों का मोटा होना, ब्रणों के परिसर में भूराभ 'मोतियों' की उपस्थिति, लसपर्वों में डिस्क (चकती) की तरह कठोरता।

**चिकित्सा**—थेरापिक युक्तियों का उद्देश्य है सामान्य यक्ष्मा से संघर्ष। स्थानिक एक्स-रे-चिकित्सा अपनायी जाती है—रोगी को सात दिनों के अंतराल पर दो बार 200-250r (रेटगेन) से विकिरणित किया जाता है (चर्म और नाभि या फोकस की दूरी 30 सेटीमीटर, वोल्टता 120 किलोवोल्ट, धारा की तीव्रता 3 मिलीएंपियर, फिल्टर 3 मिलीमीटर अलुमीनियम का)। ब्रणों को पहले पिओसिड से



ससाधित करने के लिए प्रातःकाल आठ नास्तिक जल से नगा (नलाया) भी ना सकता है। कभी-कभी क्षतियाँ को कर्मेजिक विधिवा में भी दूर किया जा सकता है।

भविष्यवाणी आनर अंगों के यक्ष्मा के प्रवाह पर निर्भर करती है। सामान्य यक्ष्मा की चिकित्सा में नफलता भिन्न-भिन्न के साथ साथ अन्य ब्रागल यक्ष्मा की भविष्यवाणी में भी सुधार हुआ है, इसका दर्ज केंसों की संख्या टिना-टिन घटती ही जा रही है।

## बाजिन का रोग (कठललामी)

बाजिन का रोग अक्सर 16 से 40 वर्ष की स्त्रियों को होता है (और इनमें भी मुख्यतः युवतियों को), जिनमें से अधिकांश किसी-न-किसी अन्य प्रकार के यक्ष्मा से ग्रस्त होती हैं। रोग के अभिव्यक्त होने में सप्रिक घटक निम्न हैं—यक्ष्मा के साथ-साथ रक्त-संचार की गडबडिया (नीलपर्यगता, शिरा-विस्फारण), पैरों का अक्सर ठंडा होना, ऐसी वृत्ति होना, जिसमें रोगी को खड़े-खड़े काम करना पड़ता है आदि। पुनरावर्तन शरद तथा शीतऋतु में विकसित हो सकता है।

कठललामी की तत्पिक अभिव्यक्तियाँ हैं—गहराई में स्थित कठोर तथा धीरे-धीरे बढ़ने वाले पर्व (नोड्स) या नीलाभ लाल रंग के विस्तृत चौरस अतस्यदन, जिनका आकार बादाम से लेकर टमाटर के बराबर तक हो सकता है। पर्व (दो-चार से लेकर दस या इससे भी अधिक बड़ी संख्या में) चर्म तथा अवचर्म वसा की गहराई में स्थित होते हैं और छूने में कुछ मुलायम-से लगते हैं। ये मुख्यतः गोडों पर (और अपेक्षाकृत कम प्रायिकता के साथ जाँघों, नितबों और हाथ पर) सममित रूप से उत्पन्न होते हैं। मुख और नासा-ग्रसनी की श्लेष्मल झिल्लियाँ विरले ही ग्रस्त होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में महत्तम विकास को प्राप्त होकर पर्व घटने लगते हैं और उनके बाद बलयाकार कुपोषित स्थल तथा वर्णकता रह जाती है। कुछ केसों में अधिकेंद्रों का मध्य में गलन शुरू हो जाता है, वे सगम करते हैं और नासूरयुक्त पीडाहीन व्रण बनाते हैं जिनकी किनारियाँ सुरगित होती हैं और तली गदले-भूरे दानों से ढकी होती है, इस अवस्था को व्रणित कठललामी का हचिसन-रूप (Hutchinson's form) कहते हैं। व्रणों के ठीक हो जाने पर ऐंटे हुण-से वर्णकित क्षतांक रह जाते हैं।

चिकित्सा न कराने पर रोग महीनों और वर्षों तक बना रह सकता है और ठंड के मौसम में पुनरावर्तित होता रहता है। पर्व लसकुंभिशोथ से क्लिष्ट भी हो सकता है, जो कुंभी-पथ के सहारे-सहारे फैलने लगता है। चर्म की कठललामी स्पष्ट वधित इमूनता की स्थिति में शोथ के एक अत्यूर्जक रूप की तरह विकसित होती है, इसीलिये करीब 60-70 प्रतिशत रोगियों में टूबरकूलिन-परीक्षण धनात्मक होता है



ऊतगदलोचन--प्रवा की एक विशिष्ट गठिवन (टूवेरकुलोइड) संरचना होती है (उपकलायत और विशाल कोशिकाएँ)। कुछ स्थलों पर अतस्यदन अविशिष्ट होता है (नमकोशिकाएँ और प्लाज्मा-कोशिकाएँ)। गठिवन अधिकेंद्र लगभग हमेशा ही अतस्यदन की किनारी पर पाये जाते हैं, जो सुचर्म के निचले भाग और अवचर्म वसा में स्थित होते हैं। अतस्यदन के केंद्र में कमोवेश रूप से स्पष्ट पनीरी विमृति दिखाई देती है। बहुलन (कोशिकाओं की नव-विरचना) से संबंधित परिवर्तन, स्कंदक्लेश, कुभियों (विशेषकर शिराओं) में रोध भी देखे जाते हैं, जिससे विमृति और व्रणन शुरू हो जाता है। अतस्यदन के गिर्द अवचर्म वसा कुपोषित होने लगती है।

निदान तल्पिक एवं ऊतलोचनी अध्ययन के परिणामों पर आधारित होता है। पार्विक ललामी और पिडलियों की कंठमाल-चर्मता के साथ विभेदक निदान सबसे कठिन होता है। पार्विक ललामी में तीव्र शोथ, ज्वर और कमजोरी होती है; क्षतिया पिडलियों की अग्र सतह पर उत्पन्न होती हैं और उनमें प्रायिक पुनरावर्तन, अपघटन या व्रणन की कोई प्रवृत्ति नहीं होती, शरीर में गठिक्लेश का कोई अधिकेंद्र नहीं मिलता, पिके की जांच ऋणात्मक होती है। तल्पिकत जटिल केसों में विशिष्ट चिकित्सा की कारगरता को भी ध्यान में रखा जाता है। कंठमाल-चर्मता मुलायम पर्विकाओं, व्रणित क्षेत्रों की मुलायम तली, व्रणों की कटी-फटी किनारियों और नासूरो द्वारा लक्षित होती है। रालाबिक सीफिलिड में कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती, ग्रस्त क्षेत्र एक विशेष प्रकार की कठोरता से लक्षित होते हैं, उनका रंग भूरा लाल होता है; सीफिलिसी पैठन के अन्य लक्षण उपस्थित रहते हैं।

चिकित्सा—यक्ष्मा की चिकित्सा आवश्यक है। पराबैगनी विकिरण, धूप-सेवन और विटामिनों व प्रोटीनो से समृद्ध आहार सुसंकेतित है। व्रणों का उपचार जिक-जिलेटिन पट्टियों से होता है। जिक आक्साइड और जिलेटिन का मिश्रण (25g) ग्लिसेरिन (60g) और पानी (120g) गर्म करके पट्टी पर पसार दिया जाता है और पैर को इसी पट्टी से कसकर बांध दिया जाता है (व्रण को पहले से एक निष्कीटित गजी से ढँककर रखना चाहिए)।

पुनरावर्तन के निरोध के लिये निम्न उपाय हैं—कुभिक गडबडियों (स्कंद-शिराशोथ) की चिकित्सा, पैरों को ठंड नहीं लगने देना, अंगो (हाथ-पैर) को अत्यधिक थकान से बचाना।

## प्रकीर्णित रूप

शैवाकवत गठिक्लेश या कंठमालीय शैवाक

शैवाकवत यक्ष्मा अक्सर उन बच्चों को होता है, जिनमें बहुत कमजोरी होती

हे और तदनुरूप शारीरिक प्रवणता होती है, जो क्लोम, बसपदों या अस्थि व संधियों के यक्ष्मा से ग्रस्त होने हैं। यह सामान्य वृक्का की सक्रिय चिकित्सा में बासिली अपघटन के उत्पादों के प्रकीर्णन के फलस्वरूप भी विकसित हो सकता है।

चर्म-क्षतियाँ प्रकीर्णित या ग्रुपी में होती हैं; वे छोटी (जई के दानों जितनी बड़ी), चौरस या शंक्वाकार, पीड़ाहीन पिट्टकीय, पिट्टिका-पीपिकीय या मुहास जैसी पर्विकाओं के रूप में होती हैं, जिनका रंग भूराभ लाल या ज्यादातर सामान्य त्वचा जैसा ही होता है। पर्विकाओं की सतह पर नन्हे शल्क या शृंगी नाँकें मिल सकती हैं। निकट-निकट स्थित मशिकीय पर्विकाओं वपास्रावी दिनाई (कंठमालीय दिनाई) से मिलती-जुलती हो सकती हैं। स्फोट अधिकांशतः सममित होते हैं और घड़ की पार्श्व सतहों, नितबों, चेहरे और विरल केसों में होंठों की श्लेष्मल झिल्लियों पर अवस्थित होते हैं। क्षतियाँ स्वतःस्फूर्त रूप से गायब हो जाती हैं, पर बाद में फिर उत्पन्न हो जाती हैं। कोई आत्मगत अनुभूति नियमतः नहीं होती। आंतर अंगों के यक्ष्मा का इलाज हो जाने पर चर्म पुनरावर्तन नहीं होता। अपचोषित पिट्टिकाओं की जगह हल्की वर्णकता (या और भी विरल रूप से—नन्हे चित्तीदार दाग) बन जाती है। पिके-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है। कंठमालीय शैवाक अब एक बहुत ही विरल रोग हो गया है।

ऊतगदलोचन—उपकलावत एवं विशाल कोशिकाओं का विशिष्ट अंतर्स्यदन मशिकाओं के गिर्द पाया जाता है। पनीरी (छेने जैसी) विमृति नहीं होती।

निदान जटिल नहीं होता और इसकी पुष्टि हर हालत में धनात्मक पिके-परीक्षण से हो जाती है। स्फोटों को सीफिलिसी स्फोट से विभेदित करना चाहिए, जिसमें पिट्टिकाएँ एक अधिकेंद्र में भिन्न विकास-चरणों पर होती हैं और उनके साथ-साथ सीफिलिस के अन्य लक्षण भी उपस्थित रहते हैं; सीरमलोचनी परीक्षण धनात्मक होता है। लाल काटल शैवाक में पिट्टिकाएँ किरमिजी लाल होती हैं, कुछ की परिरेखाएँ लछक रूप से बहुभुजी होती हैं, केन्द्र में एक अवनमन-सा होता है; स्फोट के साथ-साथ खुजली भी होती है।

चिकित्सा उन्हीं उपायों से होती है, जो चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों के लिये प्रयुक्त होते हैं। शल्कन को प्रेरित करने वाले मलहम बाह्य चिकित्सा के रूप में सुसंकेतित हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

## पिट्टिका-विमृतिक चर्म-यक्ष्मा

यह रोग अक्सर बचपन या कैशोर्य में होता है। स्फोट हाथ-पैर की झुकायी

सतहों पर धड़ और चेहर पर उत्पन्न होते हैं। मुख्य रूपलोचनी क्षतिया असख्य (कमोबेअ स्प से जमघटा में) कटोर भूराभ बैगनी पविकाए है, जिनका आकार हंप के बीज के बराबर होता है। उनके केदों पर पूय जैसी विमृतिक खड्डिया पड़ जाती है। नाद में पिटिकाओं पर नन्हे, गोल सतही ब्रण बन जाते हैं, जिनके ठीक होने पर मुहर जैसा दाग रह जाते हैं, इनकी सीमाएँखाए बैगनी हांती है। अधिकेद्र के विकास और दाग (क्षताक) बनने में चार से आठ सप्ताह लगते हैं। स्फोट एकबारगी से नहीं निकलने, इसलिये एक साथ भिन्न विकास चरण पर स्थित क्षतिया देखी जा सकती है। रोग वसत ऋतु के आरभ में और शीतकाल में पुनरावतित होता रहता है, लेकिन गर्मियों में कभी भी व्यक्त नहीं होता। पिटिका-विमृतिक चर्म-यक्ष्मा अक्सर उन लोगों को होती है, जो लसपर्वो, अस्थियो या सधियों के यक्ष्मा से पीडित होते हैं या कठललामी के शिकार होते हैं। टूबेरकूलिन-परीक्षण नियमतः धनात्मक होता है।

पिटिका-विमृतिक यक्ष्मा के निम्न रूप हैं—(1) आक्नित ('ऐकूनाइटिस' का लातीनी उच्चारण, कारक-चिह्न '-इस' को छोड़कर), यह एक प्रकार की पीपिकाए है, जो स्कूली बच्चों को, यौन परिपक्वता के समय या इसके पूर्व होती है। ये सामान्य मुहासों से मिलती-जुलती होती हैं। क्षतिया सममित रूप से चेहरे पर होती है और विरलत वक्ष पर तथा हाथों की ऋजुकारी सतहों पर भी होती है; इनके ठीक होने पर गहर दाग रह जाते हैं; (2) फोलीक्लिस किशोरो एव नवयुवकों को धड़ एव पैरों की मशिकाओं (लोमकपू) की क्षतियों के रूप में होती है; (3) एक्ने काखेक्तीकोरूम पिटिकीय पीपिकाओं के स्फोट हैं, जिनमें क्रेटर जैसे ब्रण बनते हैं और उनके बाद चेचक जैसे दाग रह जाते हैं। रोग के इस रूप में टूबेरकूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होते हैं क्योंकि शरीर की इमूनलोचनी प्रतिकारिता कम होती है।

**ऊतगदलोचन**—क्षति का उपादान सतही अधिचार्म व सुचार्म विमृति है, जो लसवत अंतर्स्यदन से घिरा होता है। कुंभियों का शोथी अंतर्स्यदन पाया जाना विशेष लंछक है।

**निदान**—नन्हे, विशेषकर मुहर जैसे दाग (क्षताक), क्षतियों का स्थल, टूबेरकूलिन-परीक्षण तथा ऊतलोचनी परीक्षण निदान में सहायक होते हैं। वपाल मुहासे से विभेदित करने में ध्यान रखना चाहिए कि यह रोग (वपाल मुहासा) उन्ही को होता है, जिन्हें काम पर (वृत्ति में) अक्सर तेलो तथा इमल्शनो के सपर्क में रहना पड़ता है। मुहासे के इस रूप में क्षतियां अक्सर हाथ और पैर की ऋजुकारी सतहों पर होती हैं वे मशिकाशोथ के रूप में प्रकट होती है, शोथ की प्रक्रिया तीव्र होती है, साथ में ढेर सारे कोमेडोन (काले मुहासे) भी निकल आते हैं।

**चिकित्सा** -PAS पथीवाजिड विटामिन A और D फीटिन तथा लौह

प्रसाधन मुख्यमार्ग से दिये जाते हैं। यदि प्रतिभक्ती न हो तो पराबगनी विकिरण भी दिया जा सकता है।

अविष्यवाणी अनुकूल होती है, यदि आंतर अंगों का कोई तीव्र घटमा नहीं होता।

## बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के मुख्य सिद्धांत वे ही हैं, जो वयस्कों के लिये हैं। प्राथमिक महत्व सामान्य चिकित्सा को ही दी जाती है, जिसका लक्ष्य है—आंतर अंगों के यक्ष्मा को दूर करना, चर्म में गदलोचनी प्रक्रियाओं के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटकों को दूर करना और रोगी की सामान्य अवस्था सुधारना, ताकि याक्ष्मिक पैठन के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता बढ़ सके।

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा स्ट्रेप्टोमीसिन से होती है, जिसे स्ट्रेप्टोमीसिन सल्फेट और पाटोमीसिन (डीहाइड्रोस्ट्रेप्टोमीसिन के पाटोथेनिक लवण) के रूप में दिया जाता है। पाटोथेनिक अम्ल, जो पाटोमीसिन का एक अवयव है, स्ट्रेप्टोमीसिन के गरलकारी परोर्जिक प्रभाव का उपशमन करता है। बच्चों को स्ट्रेप्टोमीसिन अतपेशीय सुई के रूप में नित्य दो बार दिया जाता है, दैनिक खुराक 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिये 0.01-0.02 ग्राम प्रति किलोग्राम है, 5 से 8 वर्ष के बीच की उम्र के बच्चों के लिये 0.25-0.3 ग्राम और 8 से 14 वर्ष के बीच के लिये 0.3-0.5 ग्राम है। कुल खुराक 20 से 40 ग्राम है। स्ट्रेप्टोमीसिन से सामान्य वृका, कठमाल-चर्मता और व्रणित एवं मसैदार गठिक्लेशों से सबसे अच्छे थेरापिक परिणाम प्राप्त होते हैं।

स्ट्रेप्टोमीसिन के बाद या इसके साथ-साथ फथीवाजिड, टूबाजिड, मेटाजामीड, तथा इजोनीकोटीनिक अम्ल हाइड्राजीड के अन्य उत्पाद भी दिये जाते हैं—उन मीकोबाक्तेरियो के विरुद्ध, जो स्ट्रेप्टोमीसिन का प्रतिरोध कर लेते हैं (उसे सहन कर लेते हैं)। फथीवाजीन की दैनिक खुराक निम्न है—12 महीने तक के बच्चे के लिये 0.02-0.03 ग्राम प्रति किलोग्राम (तीन बार में), 2 से 3 वर्ष के बच्चे के लिये 0.3-0.5 ग्राम (तीन बार में); 3 से 7 वर्ष के लिये 0.6-0.7 ग्राम और 8 से 15 वर्ष के लिये 0.5 से 1.0 ग्राम। कुल खुराक 40 से 250 ग्राम तक हो सकती है। चिकित्सा के एक दौर में स्ट्रेप्टोमीसिन और फथीवाजिड की कुल खुराक और दौरों की संख्या रोग-प्रक्रिया की तीव्रता और दवा के प्रति सहनशीलता पर निर्भर करती है।

3 वर्ष के कम बच्चों के लिये PAS का सोडियम लवण 0.15-0.2g/kg प्रतिदिन की खुराक में प्रलिखित किया जाता है इसे तीन या चार बार में देते हैं

3 से 5 वर्ष के बच्चों का प्रतिदिन 0.5 ग्राम चार बार में दिया जाता है। 5 वर्ष से अधिक के बच्चों के लिये दैनिक खुराक 6-8 ग्राम है। कुल खुराक 200 से 800 ग्राम तक होती है। दवाखाना खाने के एक घंटे बाद दूध, क्षारीय खनिज जल या सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट के 2 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ ली जाती है।

विटामिन D, सामान्य वृक्का के उन्हीं रोगियों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है, जिनके आंतर अंगों में कोई सक्रिय याक्ष्मिक प्रक्रिया नहीं होती, क्योंकि यह स्थापित हुआ है कि यह विटामिन क्लोमो (फेफड़ों), लसपर्वों तथा अस्थियों में रोग-प्रक्रिया को और भी तीव्र कर देता है। इसका उपयोग सामान्य वृक्का के व्रणित रूपों में और पुनरावर्तन-निरोध में सबसे अधिक वाछनीय है। 10 वर्ष तक के बच्चों को इसकी 15000-25000U की खुराक नित्य दो या तीन बार में दी जाती है; 11 से 16 वर्ष के बच्चों को 30000-50000U नित्य दो या तीन बार में दी जाती है।

बच्चों के चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के समय उनके आहार में नमक नहीं देना चाहिए (विशेषकर यदि रोग व्रणित रूप में है), लेकिन साथ में प्रोटीन और विटामिन (ऐस्कोर्बिक अम्ल, रूटिन, कैल्सियम पाटोथेनाट आदि) प्रचुर मात्रा में देने चाहिए।

धूप और पराबैगनी चिकिरण का सेवन बच्चों तथा बड़ों दोनों ही के लिये वाछनीय, विशेषकर गर्म एवं शुष्क जलवायु वाले इलाकों में स्थित निरोगालयों में, लेकिन याक्ष्मिक अधिकेंद्रों के रूप तथा उनकी सक्रियता और रोगी की सामान्य अवस्था पर अवश्य ध्यान रखना चाहिए। इस तरह की चिकित्सा उपशमन-काल में विशेष तौर पर उपयुक्त होती है।

## चर्म-यक्ष्मा पर नियंत्रण का संगठन

चर्म-यक्ष्मा के प्रसार पर नियंत्रण के उपाय वैसे ही हैं, जैसे आंतर अंगों के यक्ष्मा में। सामान्य यक्ष्मा और विशेष (चर्म-) यक्ष्मा के निरोध में सामाजिक कदमों का महत्त्व बहुत अधिक है, जैसे—श्रम-सुरक्षा से संबंधित कानून, लोगों का जीवन-स्तर और सांस्कृतिक स्तर ऊंचा करना, बच्चों के स्वास्थ्य की रक्षा के लिये संगठित युक्तियाँ अपनाना आदि। यक्ष्मा के प्रारंभिक रूपों का अनुवेदन और उनकी यथासमय युक्तिसंगत चिकित्सा भी निरोधात्मक प्रयत्नों में महत्त्वपूर्ण कड़ियाँ हैं। यक्ष्मा के रोगियों को पर्याप्त समय तक खुली हवा में रहना चाहिए, कार्य-स्थल पर पर्याप्त प्रकाश होना चाहिए। सोवियत संघ में यक्ष्मा के नियंत्रण में, रोगियों को दर्ज करने, उन पर निगरानी रखने और उनकी चिकित्सा करने में अन्य निरोधात्मक कार्य करने में यहां की प्रतियक्ष्मा आरोग्यशालाओं की भूमिका प्रमुख

हे

सोवियत-काल में यक्ष्मा पर नियंत्रण के लिये मृत्निर्वाजन और समर्गाटिन प्रयत्नों से यहां यक्ष्मा और विशेषकर चर्म-यक्ष्मा की प्राचिकता में तेज़ी से कम हुआ है। बच्चों में चर्म-यक्ष्मा का प्रारम्भिक चरण में जो अनुवर्धन और उसकी यथाशीघ्र युक्तिसंगत चिकित्सा भी यक्ष्मा के इस रूप को प्राचिकता में कमी लाने में महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

## चर्म लेइशमैनता या बोरोव्स्की रोग

इस रोग के अन्य पर्याय भी हैं—पेंडेह-क्लेश, आश्खाबाद-क्लेश, 'गोदोविक' (रूसी नाम, जिसका अर्थ है—'वत्सरिका'), पूर्वी रोग आदि। यह एक जानपदिक (किसी विशेष जनपद के लिये लाक्षणिक), चिरकालिक परजीविक चर्म-रोग है। इसका निमित्त कारण पी. बोरोव्स्की ने 1898 में ज्ञात किया था और उसका वर्णन प्रस्तुत किया था। यह रोग उष्ण एवं उपोष्ण कटिबंधों में पाया जाता है। सोवियत संघ में इसके प्रसार-केंद्र मध्य एशिया (मुख्यतः आश्खाबाद के क्षेत्र, बुखारा, समरकंद, कोकाद आदि) और काकेशिया-पार के गणतंत्र (मुख्यतः अजरबैजान के दक्षिणी इलाक़े) हैं। अन्य देशों से यह रोग अर्जित करने वाले रोगी पूरे सोवियत संघ के क्षेत्र में मिल सकते हैं।

हेतुलोचन और बहुमारीलोचन—लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिआ ट्रोपिका एक सूक्ष्म प्रागजंतु है। इस जीवाणु को दिखाने के लिए पविका या लेइशमैनार्ब के परिसरीय अतर्प्यद को दो उगलियों से दबाकर वहां का स्थल रक्तहीन कर दिया जाता है, फिर स्काल्पेल से वहां चर्म में हल्का-सा चीरा लगाया जाता है। चीरा की किनारी से ऊतक के टुकड़े और ऊतक-द्रव स्काल्पेल से खुरच कर अलग करते हैं। इस द्रव्य का लेप (कांच के स्लाइड पर) तैयार किया जाता है और उसे रोमानोव्स्की-गिम्जा के रजक से रजित किया जाता है। ये जीवाणु (बोरोव्स्की-काय) अंडाकार होते हैं, इनकी लंबाई 2-5 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 1.5 से 4 मिक्रोमीटर तक होती है। इसके प्रोटोप्लाज्म में दो नाभिक होते हैं—एक बड़े-से अड़े जैसा दिखता है और दूसरा सहायक नाभिक छड़ की तरह दिखता है (ब्लेफारोप्लास्ट)। लेप में लेइशमानिआ जीवाणु के प्रोटोप्लाज्म हल्के नीले रंग से रजित होते हैं, बड़ा नाभिक लाल या ललछौह बैगनी रंग से और छोटा नाभिक गाढ़े बैगनी रंग से रजित होता है। ये परजीवी माक्रोफागो में बहुत बड़ी संख्या में, रक्त में स्वतंत्र ग्रुपो के रूप में और चर्म-क्षतियों में पाये जाते हैं।

आदमियों में रोग का सक्रमण फ्लेबोटोमस बालुका-मक्खी (एक तरह के मच्छरों) के काटने से होता है। बालुका-मक्खिया ये परजीवी किसी बीमार व्यक्ति

म प्राप्त करती है; गाँवों में होने वाली लेइशमैनता के लिये कृतक (कृतरने वाले) जाँव (जैसे सूँझक, जेबिल) आदि भी पैठन के स्रोत हो सकते हैं। तल्पिक चित्र, निमित्त कारण के जीवलोचनी गुणों और बहुमारीलोचनी दृष्टि से लेइशमैनता के दो प्रकार होते हैं--(1) ग्रामीण या तीव्र विमृत्तिक या आरम्भिक व्रणन वाला प्रकार (जनुक्लेशिक), (2) शहरी या विलंबित व्रणन वाला, चिरकालिक प्रकार (मानुपक्लेशिक)।

प्रथम प्रकार की लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिया ट्रॉपिका माजोर (मेजर) है, जिन्हे बालुका-मक्खिया पैठन-वाहक कृतको से आदमी में फैलती है। रोग के इस रूप के लिये अतर्शयन-काल अपेक्षाकृत अल्प है (एक से आठ सप्ताह तक, लेकिन औसतन दो-चार सप्ताह), रोग की कोष-अवधि भी अपेक्षाकृत कम है (तीन से छ महीने तक)। बीच में ही खत्म हो जाने वाला रोग-प्रवाह भी देखने को मिलता है, जिसमें एक या दो महीने तक में क्षतांक पड़ जाते हैं।

अतर्शयन-काल के अंत में बालुका-मक्खी के दंश-स्थल पर भूरी आभा से युक्त, तीव्र शोथी चमकदार लाल अतर्श्यद उत्पन्न होता है। यह पेस्ट जैसा और कोमल होता है। एक या दो महीने में (और बच्चों में एक या दो सप्ताह में) यह (अतर्श्यद) अपघटित हो जाता है और गहरा, दर्दनाक व्रण बन जाता है। व्रण की किनारियाँ कटी-फटी और सुरंगित होती हैं; तली असमतल, अपरदित और विमृत्तिक द्रव्य से आच्छादित होती है। अतर्श्यद और व्रण वर्धित होते हैं (व्रण का व्यास कई सेटीमीटर तक बढ़ सकता है)। बच्चों में व्रण और भी जल्द बढ़ जाता है, रोग-प्रक्रिया लंबे समय तक बनी रहती है और अक्सर पूयकारी पैठन से क्लिष्ट हो जाती है। इसके फलस्वरूप विद्रधि, चर्मशोण और फ्लेगमोन विकसित हो जाते हैं, जो लेइशमैनता का तल्पिक चित्र बदल देते हैं। दो-तीन महीने तक प्रक्रिया के बढ़ने पर व्रणों का क्षतांकन (व्रणपूरण) शुरू हो जाता है, जो कई सप्ताह या महीने में पूरा होता है। इस अवधि में व्रण की तली का कणीकरण शुरू हो जाता है, जिससे वह दानेदार लगने लगती है (मछली के अंडों की तरह; मत्स्याड लक्षण)। व्रणपूरण अक्सर मध्य स्थल से शुरू होता है, परिसर में व्रणित खात-सा रह जाता है। अंत में व्रण के स्थल पर गहरा क्षतांक रह जाता है। जनुक्लेशिक प्रकार के रोग में लेइशमानार्बो की संख्या बहुत बड़ी हो सकती है, कुछ रोगियों में तो 100-200 या इससे भी अधिक। ये शरीर के खुले हिस्सों में (चेहरे, हाथ-पैर पर) होते हैं, पर अन्य चर्म-क्षेत्रों पर भी उत्पन्न हो सकते हैं। इसका कारण यह है कि गर्म जलवायु के देश में लोग पूरे शरीर को ढककर नहीं सोते, जिससे बालुका-मक्खियाँ विभिन्न क्षेत्रों पर काटा करती हैं।



शहरी, चिकित्सक या विज्ञान-वर्गन वाली लड़कियों का निमित्त कारण लड़कियों की टॉपिका मिनी (माइनर) है, जो बाल्यक मस्ती का रोगी व्यक्ति से स्वस्थ व्यक्तियों में संक्रमण करता है। रोग का यह प्रकार शहरी तथा घनी वस्तियों में होता है। इसका अवर्धन-काल बहुत लंबा होता है (आमतौर पर 6 से 8 महीने तक, यद्यपि एक-दो साल से लेकर चार-पांच साल तक भी सम्भव है) और इसका प्रवाह भी बहुत धीमा होता है (औसतन एक वर्ष)। इसका रोगी नाम 'गोदोविक' (वत्सिका) इसी स्थिति का प्रतिनिधित्व करता है। रोग अक्सर उन लोगों में प्रकट होता है, जो पिछले वर्ष रोग-केंद्र के इलाके में रहे थे। बाल्यक-मस्ती के दश-स्थल पर एक भूराभ लाल गठिका बनती है (अक्सर चम की खुली सतह पर)। गठिका एक बादाम के आकार तक बढ़ जाती है और एक माटी छट्टी में ढकी होती है। छट्टी गिरने के बाद व्रण बन जाता है। इसकी किनारियां कटी-छटी होती हैं, रिम की तरह उभरी होती हैं, अतस्पर्दित और पेस्टी (पेस्ट की तरह) होती हैं। व्रण की तली दानेदार हो जाती है (कर्णीकरण के फलस्वरूप) और एक भूरी-पीली झिल्ली से ढकी होती है। व्रण के गिर्द का अंतर्स्पर्दन उस त्वचा से ऊपर उभार देता है। व्रणापूर्ण में कई महीने लग जाते हैं।

लसकुभीशोथ की उत्पत्ति चर्म-लेडशमेनता की एक बहुत ही लक्षक विशेषता है, इसे व्रण के परिसर में मोटी डोरी के रूप में परिस्पर्श से अनुभव किया जा सकता है। लसकुभियों का मोटा होना और कुछ स्थितियों में उन पर दृढ़ पर्वों का उत्पन्न होना (पाविक लसकुभीशोथ) ग्रामीण प्रकार की चर्म-लेडशमेनता के लिये अधिक लक्षक है। ये पर्व अपघटित होकर व्रण बना सकते हैं। लसकुभीशोथ के अतिरिक्त लसपर्वशोथ भी पाया जाता है। ये दोनों ही लसकुभीमार्ग द्वारा निमित्त जीवाणुओं के प्रसार लेडशमानता का गठित रूप विकसित करते हैं।

सामान्य वृका के वृकारों जैसी छोटी, मुलायम भूराभ या पीली-लाल गठिकाएँ कभी-कभी क्षतांक पर या उसके गिर्द उत्पन्न हो जाती हैं। समानता और भी अधिक हो जाती है, क्योंकि डायेस्कोपी में 'सेब की जेली' का लक्षण नजर आता है। गठिका लंबे समय तक बनी रहती है और मुश्किल से ठीक होती है। इसे चर्म कहते हैं। यह अधिकांशतः उन लोगों को होता है, जिन्हें बचपन में ही यह रोग शुरू होता है।

रोग शुरू होने के पांच या छ महीने बाद तक लेडशमानता के तदनुरूप जीवाणुओं के प्रति स्थायी इमूनता विकसित हो जाती है।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में कणार्बिक अतस्पर्दन, जो मुख्यतः ऊतकोशिकाओं, प्लाज्माकोशिकाओं आदि से बना होता है, और न्यूट्रोफीलो की अल्प संख्या पायी जाती है। कुभियों की अंतर्कला (आंतरिक सतह पर एकपरती उपकला) के बहुलन



और शोफ के कारण उनमें स्पष्ट संकोचन और उनकी दीवारों में अतस्यदन पाया जाता है। व्रण बनने के पहले अधिचर्म में कटक्लश देखने का मिलता है। असख्य बोरोस्की-काय विशेषकर माक्रोफागों में मिलते हैं; वे कोशिकाओं के भीतर भी मिलते हैं और बाहर भी।

निदान के आधार है—तत्पिक चित्र, व्रणों के परिसर में पार्विक लसकुभीशोथ की उपस्थिति और निमित्त कारण (रोगकारी जीवाणुओं) की पहचान। रोग जिन जनपदों में पाया जाता है, वहां इसका निदान सरल होता है, लेकिन इन क्षेत्रों के बाहर बहुत ही कठिन होता है। अंतिम स्थितियों में यह सूचना कि रोगी लेडशमैनता के क्षेत्र में रहकर आया है, बहुत महत्वपूर्ण होती है।

चिकित्सा—प्रतिजीवक मोनोमीसिन कारगर होता है (विशेषकर ग्रामीण प्रकार की लेडशमैनता के इलाज में), इसका 0.25 ग्राम नित्य 4 से 6 बार तक मुखमार्ग से दिया जाता है या 250000U की सुई पेशी में 10 से 14 दिनों तक नित्य तीन बार तक दी जाती है। एटीमलेरिया साधन दिये जाते हैं—खोरोक्वीन फोस्फेट का 0.25 ग्राम दिन में दो बार (खाने के बाद) तीन से चार सप्ताह तक दिया जाता है (बच्चों को उम्र के अनुसार नित्य 0.125 ग्राम की मात्रा में नित्य एक या दो बार दिया जाता है)। एटीमोनियल साधन (सोलूसुर्मिन, पर्याय—सोडियम एटीमोनिल ग्लूकोनाट) अंतर्शिरा मार्ग से दिया जाता है—5 प्रतिशत सांद्र घोल के रूप में 5-10 मिलीमीटर नित्य (कुल 20 बार)। शहरी प्रकार की लेडशमैनता में गठिकाओं को मेपाक्रीन हाइड्रोक्लोराइड (हिद्रोक्लोरेड) का 5 प्रतिशत घोल से (1 प्रतिशत सांद्र प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड में या डीहिद्रोस्ट्रेप्टोमीसिन के साथ मिलाकर) अतस्यदित किया जाता है। गठिकाएँ शीतोपचार, पारतापीय स्कंदन और 10 प्रतिशत पीरोगालोल मलहम से भी नष्ट की जा सकती हैं। व्रणों की चिकित्सा स्थानिक रूप से मलहमों द्वारा होती है; ओक्सीकोर्ट, लोकाकोर्टेन (नेओमीसिन या विओफोर्म के साथ), 2 प्रतिशत अमोनित पारद या 5 प्रतिशत सुल्फोनामीड से युक्त मलहम प्रयुक्त होते हैं। पुल्टिस का भी प्रयोग होता है। 1-5 प्रतिशत सांद्र इथ्यामोल-घोल, 0.5-1 प्रतिशत सिल्वर नाइट्रेड के घोल या 0.1 प्रतिशत एथोक्सीडिआमीनो-आक्रीडोन लैक्टेट के घोल में तर करके।

निरोध—निजी एवं सामूहिक दोनों प्रकार के उपाय प्रयुक्त होते हैं। सामूहिक में बहुमारी-क्षेत्र के कृतक जंतुओं और बालुका-मक्खियों के उन्मूलन का काम आता है। कृतकों का उन्मूलन करने के लिये उनके बिलों के पास खोरोपिक्रिन रखा जाता है—बस्ती के गिर्द 15 किलोमीटर चौड़े कटि-क्षेत्र में। यह चौड़ाई बालुका-मक्खियों की उड़ान द्वारा निर्धारित होती है। बालुका-मक्खियों के अड़े टेने के स्थलों (कूड़ा-करकट आदि) पर ब्लीचिंग पाउडर छिड़का जाता है, घरों में DDT

या इन्फ्लाम्मेशन छिड़का जाता है।

चूनि बालिका-भक्तरी लोग पर रोग को ही सक्रिय रोगी है, इसलिए यह या अन्य कपड़े के पड़े को कोड़े मगाने वाले (आमना)। रोगी को या नाखून में गीला करके बिस्तर में ऊपर राग देते हैं। दिन के समय लाना के मुल लोगों पर कीट-अपनोदक क्रीम या लाग का रोग मगाने है। नींद में लाने में ही कालन या डीमथिलफथालात भी बुरेक घट तक लागुका मजिस्पा में जचाव कर सकते हैं।

लेइशमेनता के जीवाणुओं से कृत्रिम सक्रिय इम्यूनोकरण से भी अच्छे परिणाम मिले हैं। जीवित लेइशमानिया ट्रॉपिका मात्रा में युक्त द्रव माध्यम की 0.1-0.2 मिलीलीटर मात्रा की दाह या जाघ में अतर्जाम सुई से दोनों ही प्रकार की लेइशमेनताओं के प्रति इमूनता उत्पन्न करती है। सुई के स्थल पर लेइशमेनार्ब उत्पन्न होता है, जो सामान्य पैठन से उत्पन्न लेइशमेनार्ब की तुलना में बहुत मुटम प्रवाह ग्रहण करता है।

## वीरुसज चर्मक्लेश

वीरुसज (वीरुसजनित) चर्मक्लेश चर्मरोगों का एक अपेक्षाकृत बड़ा ग्रुप बनाते हैं; ये रोग अक्सर बहुत पाये जाते हैं। इस ग्रुप में निम्न की गणना होती है—विसर्प, कीलक, छुतहा मौनुस्क, नुकोला कंडाव। ये रोग बच्चा के लिये (विशेषकर 5 वर्ष की उम्र से) बहुत सामान्य हैं। सबसे अधिक यह रोग 5 से 8 वर्ष के बच्चों में पाया जाता है। वयस्कों के बीच 3-4 प्रतिशत चर्मरोगी वीरुसज चर्म-क्लेशों से ग्रस्त होते हैं और बच्चों के बीच कभीक 9-5 प्रतिशत चर्मरोगी। वीरुसी फ्लोरा (उद्भिज) गर्भाशय के भीतर पहुँचकर भी बच्चों को ग्रस्त कर सकते हैं, लेकिन नवजात शिशु प्रसव के समय या अपने जीवन के प्रथम दिनों में इन रोगों से ग्रस्त नहीं होता, क्योंकि मा के रक्त के साथ एंटीवीरुसी प्रतिकार्य स्थानांतरित होते हैं, जिससे भ्रूण और शिशु में भी असक्रिय इमूनता आ जाती है। इमूनता दो वर्ष की उम्र से कम होने लगती है, जिससे वीरुसज चर्मरोग विकसित हो सकते हैं। वीरुस शरीर में विभिन्न मार्गों से प्रविष्ट हो सकते हैं—चर्म द्वारा, सङ्घित वस्तुओं से, श्लेष्मल झिल्लियों से होकर (रोगी व्यक्ति या वीरुस-वाहक व्यक्ति के साथ मैथुन या चुबन से), छीक, खाँसी आदि के समय निकलने वाली बूदों से। इमूनता की कमी या अनुपस्थिति के केस में अंतर्शयन-काल कुछ दिन में लेकर दो या तीन सप्ताह लंबा हो सकता है।

## सरल विसर्प

यह रोग छन्ध वीरुसों से होता है इसके मुख्य लक्षण है—अतिरक्तिल क्षेत्रों

पर स्फाट और ग्रुपो मे उत्पन्न वस्तिकाएँ जिनका अतर्द्रव पहले तो स्वच्छ होता है फिर धुधला पड़ जाता है। इसके प्रिय स्थल है—होंठ (ओष्ठ-विसर्प), गाल (कपोल-विसर्प), नाक के पार्श्व (नासा-विसर्प), मुख-श्लेष्मला (मुख-विसर्प), शृंगिका (शृंगिका विसर्प) और जननेन्द्रिय (जननेन्द्रिय-विसर्प)। वस्तिकाएँ सूखकर खड़ी मे परिणत हो जाती है, जिसके गिरने पर कोई दाग नहीं रहता। मुख-श्लेष्मला पर फट गयी वस्तिकाओं का अपरदन पीडाजनक होता है, उसकी किनारियाँ अतिरक्तिल और शोफित होती हैं (श्वेतव्रणीय मुखशोथ)।

स्फोटों में पुनरावर्तन की प्रवृत्ति होती है, जिसे प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न है—अत्यधिक ठंड के प्रति स्त्रेस-जनित प्रतिक्रिया, पैठनजनित रोग, अतिश्रुति, नार्विक-मानसिक और शारीरिक चोट, कड़ी धूप (आतपघात)। सरल विसर्प अक्सर जठरांत्र-कार्य मे गड़बड़ियाँ, क्लोमशोथ, गरलता, लू, ज्वरकारी रोगो (ज्वरकारी विसर्प) के बाद और ऋतुकष्ट के समय होता है।

स्फोट से पहले अक्सर अस्वस्थता की अनुभूति, कंपकपी, बेचैनी, जलन, क्षुधाहानि और अनिद्रा भी होती है। क्षेत्रीय लसपर्व वर्धित हो जाते हैं। निम्न तल्पिक रूपों में भेद किया जाता है—(1) हल्का, जिसमे क्षतियों की संख्या कम होती है और वे बहुत जल्द अपचोषित हो जाती है; (2) शोफित, जिसमें चमकीली रक्तस्फीति और स्पष्ट सूजन होती है (जैसे गालों पर), (3) तीव्र रूप (सरल व्रणित विसर्प); (4) कटिबंधकवत् सरल विसर्प; (5) अक्सर पुनरावर्ती रूप—होंठों (सिदूरी सीमा) पर, नितंबों और बाह्य जननेन्द्रियों पर।

**ऊतगदलोचन**—मुख्य लक्षण है—फुलाव, अधिचाम कोशिकाओं का जालिकीय अवजनन और कटलव। फूलती कोशिकाओं तथा विस्फारित रक्त-कुंभियों मे अतरानाभिकीय एओजीनोफीलिक अतर्वेशन और सुचार्म पिटिकामय परत मे हल्का परिकुम्भिक अतर्स्यदन पाया जाता है।

**निदान**—विशिष्ट तल्पिक चित्र मिलने पर निदान बहुत सरल होता है। कटिबंधक विसर्प के विपरीत, सरल कटिबंधकवत् विसर्प मे परिसरीय नर्वों के वितरण के सहारे-सहारे पीडा नहीं होती। श्वेतव्रण मे किनारिया बहुचक्रीय नहीं होती। जब सरल विसर्प जननेन्द्रिय पर होता है, तो इसे अपरदित कठव्रण से विभेदित करने मे अपरदित सतह की बहुचक्रीय किनारी, तर्ली पर कठोरन की अनुपस्थिति, प्रयोगशालीय परीक्षण के नकारात्मक परिणाम सहायक होते है। तीव्र कीमलता (कमजोरी) और ज्वर लिप्शोयेट्स-छापिन द्वारा निरूपित भग के तीव्र व्रण के लक्षण है।

**चिकित्सा**—शुष्ककारी और निषेधक दवाओं का बाह्य रूप से प्रयोग होता है। ये निम्न है—सिल्वर नाइट्रेट का 1-4 प्रतिशत घोल, पिओक्तानिन (जेशियन

गायोलेट सा । प्रतिशत घात जाम्बोसानीनम ४ २ ३ प्रतिशत या स्टर्फेगन का 30-50 प्रतिशत मलहम, शोनाफेनन, गोंगाफेन ४ ट्राफेनन, १ १ प्रतिशत फ्लारनल मलहम और सल्फर कार्बोनिक् पर २ / १० carbonyl १ 0. Sulfuris १ 5, Pastae Zinc 30 0) ।

केलेइला, पॉर्टाशियम परमंगनेट, एथाक्सायन-गामोना तक्राचीन लक्स्ट्र या हाइड्रोजन पेरोक्साइड से युक्त कसल निष्पदक मालों से गहरा मूँह के गहरा विसर्प में प्रलिखित किया जाता है । प्रकीर्णित और जलमय पुनर्गमनेत होने वाली राग-प्रक्रिया का इलाज तीन दिनों तक हर छः घंटे पर २ ३ मिलीलीटर इटेर्फेगनोजेन की अतर्पेशीय सुई से होता है । बहुसंयोजी (गालोयलट) प्रांतविसर्प टीका की अतर्चार्म सुई से भी लाभ होता है । (0 1-0 2 मिलीलीटर की सुई दो या तीन दिनों के अंतरालों पर दी जाती है; पूरी चिकित्सा पांच-पांच सुइयों के दो दौर में संपन्न होती है, इन दौरों के बीच दस दिन का अंतराल रखा जाता है) । पुनरावर्तन को रोकने के लिये गामा ग्लोबुलिन की सुई, स्वयंसेवित चिकित्सा और ज्वरकारी दवाओं का प्रयोग होता है । सहवर्ती पूयकारी पैठन निकमित होने पर विस्तृत स्पेक्ट्रम वाले प्रतिजीवक दिये जाते हैं ।

## कटिबंधक विसर्प

इसे शिंग्लेस या जोना भी कहते हैं । इसका निमित्त कारण एक नर्वपर्ययी छन्य वीरुस है—स्ट्रॉंगीलोप्लाज्मा जोने । प्रतिजनिक संरचना और आदमी के भ्रूण-ऊतकों में प्रजनन की क्षमता में यह छोटी शीतला (चिकेन पॉक्स) के वीरुसों से मिलता-जुलता या उनके साथ समात्मिक होता है । कटिबंधक विसर्प के रोगी के संपर्क में आये बच्चे में छोटी शीतला का विकास इस विचार की पुष्टि करता है कि ये दोनों जातियाँ परस्पर संबद्ध हैं । इसके अतिरिक्त, कई ऐसे केस भी पाये गये हैं, जिसमें रोग असली कटिबंधक विसर्प से शुरू होता है और फिर छोटी शीतला में परिणत हो जाता है, इसके स्फोट धड़ और हाथ-पैरों पर भी फैल जाते हैं ।

अतर्शयन-काल (सात या आठ दिन) के बाद अतिरिक्तल चर्म-क्षेत्रों पर वस्तिकाएं गुप्तो में उत्पन्न होती हैं; ये चर्म-क्षेत्र एक या अधिक नर्वों के खडीय वितरण के अनुरूप होते हैं । स्फोट से पहले नर्व-वितरण के सहारे-सहारे पीड़ा के दौर, जलन, ग्रस्त क्षेत्रों में रक्तस्फीति, सामान्य कमजोरी, कपकंपी और सिरदर्द के प्रारंक्षण उत्पन्न होने हैं ।

स्फुटित वस्तिकाएं मटर के दाने जितनी बड़ी और तनी हुई होती हैं, अंतर्द्रव स्वच्छ सीरमी होता है । ये संगम करके सूक्ष्म शुक्तिक किनारी वाले पैठन-अधिकेद्र बनाती हैं । स्फोट विशिष्ट रूप से असममित और एकतरफा होते हैं । इसके निम्न

तत्पिक रूप है—(1) सार्वदैहिक कटिबधक विसर्प (प्रकीर्णित), जिसमें दांतरफा प्रकीर्णित क्षतिया होती है, (2) रक्तस्रावी कटिबधक विसर्प, जिसमें वस्तिकाओं का स्वच्छ अतर्द्रव पूयिक हो जाता है, फिर जब प्रक्रिया सुचर्म में गहरी होने लगती है, तो रक्तस्रावी हो जाता है, (3) विगलनकारी कटिबधक विसर्प, जो एक तीव्र रूप है, इसमें वस्तिकाओं की तली विमृत होने लगती है और उनकी जगह पर क्षताक बनता है; (4) हल्का (पूर्वपाती) रूप, (5) बुल्लंदार रूप, जिसमें वस्तिकाओं के साथ-साथ बुल्ला भी प्रकट होते हैं।

चर्म पर रोग की तीव्र अभिव्यक्तियों के गायब होने पर भी स्थायी नर्वपीडा और अपूर्ण लकवा (पेशियों का श्लथ रहना) प्रेक्षित होता है।

आंखों में प्रक्रिया का स्थित होना एक खतरनाक परिस्थिति है, जिसका अंत कभी-कभी शृंगिका तथा पूरे नेत्र के व्रणन के साथ होता है। आंखों को ग्रस्त करने वाला तीव्र रूप अक्सर बच्चों को नहीं होता। त्रिशाखी या चेहरे के नर्व का अपूर्ण लकवा और वधिरता अन्य क्लिष्टताएँ हैं। रोग छादिकाशोथ और मस्तिष्कशोथ से भी क्लिष्ट हो सकता है।

वीरुसी पैठन की अभिव्यक्तियों को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—पैठनजनित रोग, गरलता (गरणक्लेश), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ, रक्त के रोग, नार्विक एवं मानसिक अतिस्त्रेस, शरीर का ठंडा होना (ठंड में) और शारीरिक चोर्ट। प्रक्रिया अक्सर ठंडे मौसम में होती है और उग्र रूप धारण करती है (वसंत और शरद ऋतु में)। कटिबधक विसर्प किसी भी उम्र में हो सकता है, पर बहुत छोटे बच्चों (शिशुओं) में यह विरले ही होता है।

अविशिष्ट पुनरावर्ती प्रवाह वाले कटिबधक विसर्प के चयस्क एवं वृद्ध रोगियों का परीक्षण करना चाहिए कि दुर्दम नौवर्ध या रक्त का कोई रोग तो नहीं है। कटिबधक विसर्प कभी-कभी चर्मरक्तता (हेमोडेर्मिया) के कुछ रूपों से पूर्व प्रकट हो सकता है।

ऊतगदलोचन—अधिचार्म कोशिकाओं का फुलाव और जालिकीय अवजनन, अतरानाभिकीय वीरुसी अतर्वेशन और नर्व-रेशों में अवजनक परिवर्तन देखे जाते हैं। तीव्र शोथी बहुरूपनाभिकीय अंतर्स्पर्दन (मुख्यतः लसकोशिकीय तथा ऊतकोशिकीय प्रकृति का), शोफ और रक्तवाही एवं लसवाही कुभियों का विस्फारण भी पाया जाता है।

निदान—स्फोटों से पूर्व और उनके साथ दहकती पीडा और ग्रुपों में उत्पन्न वस्तिकाओं का रैखिक क्रम (ग्रस्त नर्वों के खडीय वितरण के अनुतीर) कटिबधक विसर्प को सरल विसर्प और चर्मशोण से विभेदित करता है।

चिकित्सा—निम्न दवाएँ प्रलिखित की जाती हैं—एटीवीरुसी दवाएँ

मेथीसाजोनूम या कृटीजानूम (तीन स ८ दिनों तक नियम दो या तीन बार एक-एक टिकाया), इटेफैरोन, अमीडोगैरीन और गैंग्लोन (एम्पॉरन सेलोनॉलक अम्ल, अमीडोगैरीन, फॉस्फोबूटाजोन, २-आपोगैरन) विन्यासित 13 13 13, 13, (स्वरक्त-चिकित्सा, गामा ग्लायूनिन की सहायता और इटेफैरोनोजेन)।

निम्न भौतिक उपचारों की सलाह दी जाती है - पुरुषगर्भाशय, नाल्युक्त परास्वन, गले की अनुकूपी गर्तिकाओं का अपत्यक पारंगणन, पारंपरिक विद्युत्-धाराण, प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड का निवृत्तप्रवहन, प्राकेन में गुन्तकार धेगव, 50 प्रतिशत इटेफैरोन में युक्त मलहम का स्थानिक प्रयोजन।

तीव्र स्फोटों में महलमो से क्षांभकारी निंकत्सा और स्नान प्रतिभर्कोतन है। इस अवधि में चिकित्सा पाउडरो के उपयोग तक सीमित रखी जाती है। प्रतिशोथी व निर्घैठक पेस्ट, क्रीम और मलहम बाद में प्रलिखित किये जाते हैं--1-2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम से युक्त मलहम, 0.5 प्रतिशत फ्लोरेनल मलहम, २०-50 प्रतिशत इटेफैरोन या इटेफैरोनोजेन से युक्त मलहम, अनीलीन रंजकों का 1-2 प्रतिशत टिचर, स्टेरोइड हार्मोनों (ओक्सीकोर्ट, हिआक्सीजोन, डेमोजोलोन, लॉरिडेन S) के मेल के साथ-साथ प्रतिजीवकों से युक्त महलम और इमल्शन।

एटीवीरुसी मलहमों (बोनाफ्टोन, गॉसीपोल, टेबोफेनुम इटेफैरोन) के साथ साथ अनीलीन रंजकों का बाह्य प्रयोग चिकित्सा में लाभकर होता है। स्फोट प्रकट होने पर रोगी को स्नान नहीं करना चाहिए।

निरोध—शरीर को ठंड लगाने और गरलता से बचना चाहिए।

## कीलक

हेतुलोचन और गदजनन—कीलक के सभी रूप छन्ध चर्मपर्यपी वीरुसों या इनकी अत्यंत निकट की जातियों से होते हैं। रोग छुतहा है। स्वस्थ व्यक्ति में यह रोग रुग्ण व्यक्ति से सीधे संपर्क द्वारा सद्पित वस्तुओं के माध्यम से सक्रमण करता है। रोग विकास को प्रोत्साहन निम्न घटकों से मिलता है—चर्म में चोटज क्षतियां, इसकी शुष्कता, इसके जल-वसीय आवरण में pH की कमी, नीलपर्यगता के साथ पनपू नर्वक्लेश या अतिस्वेदन। एक ही स्थल पर कीलकों का क्रामिक स्वरोपण भी पाया जाता है, जिसे वीरुसों की वर्धित विषालुता संप्रेरित करती है। यह माना जाता है कि केंद्रीय नर्वतत्र रोग के गदजनन में योगदान करता है, पर इसकी भूमिका अभी तक स्पष्ट नहीं है।

इस मान्यता की पुष्टि इस बात से होती है कि अनेक केसों में शब्दाधान (सजेशन) और स्वापन (हाइप्नोसिस) से भी चिकित्सा हो जाती है। अतर्शयन-काल कुछ सप्ताह से लेकर कई महीनों तक लंबा हो सकता है (यह कृत्रिम आरोपण से

सिद्ध किया गया है कीलक के कई रूप हैं

**सामान्य कीलक** का निमित्त कारण मोलीटोर वेस्के नामक वीरुस है यह अधिकांशतः बच्चा तथा युवकों के हाथ-पंर पर होता है, चेहरे पर अपेक्षाकृत कम होता है।

स्पष्ट परिसीमित, कठोर, पीड़ाहीन अर्धगोलाकार क्षतिया उत्पन्न होती है, जो त्वचा से ऊपर उभरी रहती हैं। वे सामान्य त्वचा के रंग के या भूरी या कथई आभा के साथ होते हैं, शोथ नहीं होता। इनकी सतह दानेदार और रुखड़ी होती है और संरचना कभी-कभी पार्विक होती है। इनका आकार पिन के सिर से लेकर बाजरे के दाने के बराबर तक हो सकता है। इनकी बड़ी-बड़ी जमघटे बनती हैं, जो बाद में संगम कर जा सकते हैं। तलवों व हथेलियों पर ये त्वचा से बहुत कम उभरे हुए दिखते हैं, उन पर शृंगीक्लेश (शृंगनता) होती है। कीलकों की संख्या एक से लेकर कई दर्जनों तक हो सकती है।

**ऊतगदलोचन**—ऊतलोचनी चित्र अतिशृंगनता और पिटिकावक्लेश से लंछित होता है।

**चिकित्सा**—स्वापन के साथ शब्दाधान कारण सिद्ध होता है। विद्युत्स्कदन या पारतापीय स्कंदन, खुरचन, त्रिक्लोरो-एसेटिक अम्ल, ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड या द्रव नाइट्रोजन से टड़ा करके जमाना (शीत-चिकित्सा या शीत-विनाश) प्रयुक्त होता है। इटेफेरोन, कोल्सीसीन 2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम, 1-3 प्रतिशत फ्लोरेनल और गोसीपोल से युक्त मलहम लगाये जाते हैं और क्षतियों का उपचार फाउलर (Fowler) के घोल या फेरेजोल (40 प्रतिशत फेनोल और 60 प्रतिशत त्रिक्रेजोल) से किया जाता है।

**चौरस कैशोर्य कीलक** बच्चों और किशोरों में ही अधिकांशतः होता है। ये हल्की-सी उभरी हुई, बहुभुज या गोल आधार वाली चौरस कठोर क्षतिया हैं। इनकी सतह चिकनी होती है, आकार बाजरे के दाने से लेकर मसूर के दाने के बराबर तक हो सकता है। कुछ केसों में इनका रंग सामान्य त्वचा जैसा ही होता है, अन्य केसों में पीताभ गुलाबी या पीताभ भूरा होता है। बहुसंख्य चौरस कीलक अक्सर हथेली के पीछे, चेहरे (ललाट) पर, गरदन और प्रवाहु पर फैले होते हैं; एक पक्षि के रूप में कम ही होती है।

ऊतगदलोचन अतिशृंगनता और कटलय इसकी लच्छक विशेषताएँ हैं।

**निदान** सरलता से हो जाता है। इस अवस्था को कभी-कभी चौरस शैवाक से विभेदित करना पड़ता है, जिसमें पिटिकाएँ मोम जैसी चमक, केंद्र में नाभि जैसे अवनमन, बैंगनी-लाल रंग और खुजली द्वारा शोथी अतस्पर्दन और आक्रांति-क्रेट के परिमर में ललाभ-वैगनी सीमारेखा द्वारा लंछित होता है।



सामान्य कीलक

**चिकित्सा**—स्वापन के साथ शब्दाधान से चिकित्सा और मनोचिकित्सा का उपयोग होता है। फाउलर का घोल और मैग्नेशिया उस्त्य (दो या चार सप्ताह के लिये 0.25-0.5 ग्राम नित्य तीन बार) प्रलिखित किये जाते हैं। बाह्य उपचार शृगिघोलक मलहमों से होता है, जिनमें सैलीसीलिक, बेंजोइक तथा लैक्टिक अम्ल और रेसार्सिनोल होते हैं। पराबैंगनी किरणों या बक्की (Bucky) की किरणों की तलामिक खुराकें, इटर्फेरोन, गोसीपोल, प्रोपोलिस, कोलान्खे (colanchoe) ऑक्सोलीनुम और बोनाफ्टोन प्रलिखित किये जाते हैं।

तलवों के कीलक सामान्य कीलकों का ही एक रूप है। जूतों से पैरों का कसना, तलवों में चोटज क्षति और पैरों (गोड़ों) का अतिस्वेदन इनकी उत्पत्ति में सहायक होते हैं। ये कीलक कभी-कभी नख-सेज पर उत्पन्न हो जाते हैं, जहाँ इनके कठोर वर्धन से बहुत पीड़ा होती है। चुटैल होने के कारण चलने में कठिनाई होती है, वे ठेले में मिलते-जुलते होते हैं। वे अक्सर अल्प संख्या में होते हैं। कीलकों के



ऊपर योग्य रूपों का तर्ज प भा क्रमशः पोषकता और प्रतिशुगनता से निर्मित होते हैं।

**चिकित्सा**—द्वय नाइट्राजन (शत-चिकित्सा), काल्छामान-मनहम और क्षतिधा पर 10-20 प्रतिशत साद पौष्टिकालिन घाल लगाने के लिये प्रलिखित किये जाते हैं। निम्न कमन प्रसाधन प्रलिखित किया जाता है—

Rp      Ac salicylic 10  
             Ac. acetic 9.0  
             Collodii elastici 10.0  
             MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

कीलक के गिर्द चर्म पर जिंक-पेस्ट लेपा जाता है (आस-पास के ऊतकों की रक्षा के लिये) और कीलक पर 50 प्रतिशत दवाओं (उपर्युक्त) से युक्त कोलाइडी प्रसाधन लगाया जाता है। यह हर तीन-चार दिन में एक बार दोहराया जाता है। इसके बाद गोड को सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट से धोकर केची की धार से कोलाइडी झिल्ली और मुलायम हो चुका शृंगी द्रव्य दूर किया जाता है। प्रक्रिया तब तक दोहरायी जाती है, जब तक कीलक जड़ से समाप्त नहीं हो जाता। तलवे के कीलकों को दूर करने की एक कारगर विधि खुरचना भी है।

## नुकीला (या आर्द्र) कंडाब

यह उन लोगों का होता है, जिन्हें अच्छी तरह सफाई से रहने की आदत नहीं होती। इसके वीरुस मैथुन से भी संप्रेषित हो सकते हैं।

सुजाक, त्रीखोनाद-जनित तथा अन्य मूलों के स्त्राव रोग के गदजनन में महत्त्वपूर्ण होते हैं। नुकीले कंडाब जननेद्रियों और मूलाधार के क्षेत्र में उत्पन्न होते हैं, विरल केसों में वे कांख में और स्तन के नीचे भी उत्पन्न होते हैं। नन्हे, मुलायम, नुकीले और गुलाबी कीलक बनते हैं। जब वे सगम कर जाते हैं, तो पिटिकाविक प्रवर्ध मिलता है, जिसकी सतह फूल-गोभी या रास्पे-बेरी जैसी दिखती है। ये प्रवर्ध मसृणित और व्रणित हो सकते हैं। कुछ क्षतियों का आधार बहुत सकरा होता है, जिसे पादिका कहते हैं। कंडाबों के बीच एक बुरी गंध वाला स्त्राव भी जमा हो जाया करता है।

**निदान**—आर्द्र कंडाब को चौरस (सीफिलिक) कंडाब से विभेदित करना महत्त्वपूर्ण होता है, जिसमें आधार चौड़ा होता है, संहति कठोर व प्रत्यास्थ होती है, फाँकों में बटा हुआ नहीं दिखता, उनके स्त्राव में असख्य त्रेपोनेमा पालीडुमा जीवाणु मिलते हैं। द्वितीयक सीफिलिक चरण के अन्य लक्षण और रक्त की सीरमलोचनी जाच के धनात्मक परिणाम निदान में सहायक होते हैं। सीफिलिस के रोगी में

नुकीले और चारम कटाने दोनों ही एक साथ जा सकते हैं।

**चिकित्सा**—पाश्चात्य स्कंदन, विरल नींग, जाना-पूरी रक्त और वायुमय के तापण दम्पन से खुश्बन का उपयोग करना, नतीले कटान का शार्पिश व परमगल्ट के त्रिज घोल, विरलीय एलेटिक पल्प और 30 प्रतिशत पोटैशियम वाल से जलाया जा सकता है या फरफाव नार नार फनारा नार 2 भाग त्रिकर्जाल के मिश्रण से लेपा जा सकता है। अन्तान (दागने) वाल गड्ढर (रेसार्मिनोल और टेक्कम बगवर-बगवर) तथा क्रीक़्वागीन-मलरम प्रलिस्वत मिथ जाते हैं। नुकीले कंडाव के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटक दूर विच जाते हैं।

## छुतहा मोलुस्क

यह रोग वृहत्तम छन्च वॉन्स मोनीटोर हॉमीनिस से होता है, जिसका छुतहापन प्रायोगिक तौर पर सिद्ध किया जा चुका है (जब इस रोग की क्षतियों का अतर्स्याद स्वस्थ व्यक्तियों के चर्म में पुनरारोपित किये गये)। पैटन रोगी या वीरुसवाहक व्यक्ति से प्रत्यक्ष संपर्क से या उनकी सद्गुपित वम्बुओ के माध्यम से प्रसारित होता है। यह रोग बच्चों में अधिक प्राधिक है। बाल प्रणिष्टानों में समय-समय पर बहुमारी फल जाया करती है। अतर्स्यान-काल दा सत्ताह ग लेकर कई महीनों तक लवा हो सकता है। मटर के दान के बराबर और सामान्य च्चता के रंग की, या गुलाबी-भूरी (भुक्ता-सीप के रंग की) एक पविका बन जाती है। यह अर्धगोलाकार होती है, केद्र में क्रेटर जैसा गड्ढा होता है। अदर का द्रव्य छेने जमा होता है, जिसमें सूक्ष्मदर्शी से अवजनित चमकदार अडाकार उजकलीव कोशिकाएं दिखती है, इनमें बड़े-बड़े प्रोटोप्लाज्मिक अनवेश होते हैं (मोलुस्को के काय)। कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती। पविका अक्रेती भी हो सकती है और दर्जना की सख्या में भी (प्रकीणित क्षतिया)।

बच्चों में इसका प्रिय स्थल चेहरे पर आखा के गिर्द, गर्दन, वक्ष और हथेलियों के पीछे है। वयस्को में क्षतिया अधिकांशत दाह्य जननेंद्रियां, जघन और पेट पर होती है, जो मैथुन से पैटन की सभावना की ओर डंगित करता है। इसका निम्न तत्त्विक रूप है--अम्हारी जैसा छुतहा मोलुस्क, जिसमें असख्य नन्हा क्षतिया उत्पन्न होती है, पादिकित छुतहा मोलुस्क, जिसमें इंटलनुमा (पादिकित) क्षतिया होती है; विशाल मोलुस्क, जिसमें क्षतिया सगम करके विशाल हो जाती है।

**निदान** में निम्न लक्षणां में सहायता मिलती है--पविका के पार्श्वों को चिमटी से दबाने पर उसके मध्य से सफेद ठलिया जमा छेना-सदृश शृंगी कोशिकाओं का समूह और मोलुस्को के अंडवत काय निकलते हैं। कीलको के फल में कोई

गानमन (गद्गा) नहीं हाना, मुक्ता साध जमी मतह भी नहीं हानी ।

**चिकित्सा**—पाँचका को निपटे से दबाकर अंतर्द्रव्य निकाल दिया जाता है या तीव्र चम्मच से खुरचकर दूर कर दिया जाता है । इसके बाद आक्रान्त-क्षेत्र पर १-10 प्रतिशत साइट्रायोन-टिचर लगा जाता है, फिर 3 प्रतिशत ओक्सोलीनुम या इंटेफेरॉन से चूकन मलहम लगाया जाता है । पारनापीय स्फटन और शीन-चिकित्सा भी दी जाती है ।

## विसर्पी दिनाइ

विसर्पी दिनाइ को कापोसी (Kaposi) का मसूरिकावत स्फोट या टीकावत पीपिकाक्लेश भी कहते हैं । यह दृग्ग्रस्त (दिनाई से ग्रस्त) बच्चे को बुदबुदियानुमा चौरम शैवाक से पीडित व्यक्ति के सपर्क (ससर्ग) में आने के तीन से सात दिन बाद शुरू होता है । इसकी लक्ष्यक अभिव्यक्तियाँ प्रकीर्णित सरल विसर्प जैसी होती हैं । चर्म के ललामित और शोफित क्षेत्रों पर यत्र-तत्र पिटिकीय-कुंभिक तथा पीपिकीय क्षतियाँ और एकल-कोष्ठीय वस्तिकाओं के प्रकीर्णित ग्रुप उत्पन्न होते हैं, जिनके मध्य में नाभि जैसा अवनमन होता है । वस्तिकाओं के अपचोपण के बाद मतही क्षतांक रह जाते हैं । जननेद्रियों तथा मुख-कोटर की श्लेष्मल झिल्लियाँ भी अक्सर ग्रस्त हो जाती हैं । स्फोट अचानक तीव्र गरलक्लेश, तेजी से आये ज्वर ( $39-40^{\circ}\text{C}$ ), धुधली चेतना और यकृत व लसपर्वों के वर्धन के साथ उत्पन्न होते हैं । क्लोमशोथ, छादिकीय कुसंवृत्तियाँ, मस्तिष्कशोथ, कर्णशोथ, शृंगीयुतिकाशोथ (कभी-कभी शृंगिका के व्रणन के साथ) और जठरांत्र की गडबड़ियाँ भी विकसित हो सकती हैं ।

**ऊतगदलोचन**—वस्तिकाओं का स्थान अंतराचर्म एवं अवचर्म होता है । फुलावयुक्त अवजनन के लक्षण विशिष्ट होते हैं । टीकाजनित दिनाइ के अधिकेंद्र में रिसालु अवजनित कोशिकाएँ पायी जाती हैं ।

कुछ केसों में भविष्यवाणी प्रतिकूल होती है । यदि बच्चा कमजोर और निशक्त है और आंतर अंग तथा नर्वतंत्र भी रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ गये हैं, तो परिणाम घातक भी हो सकता है ।

**चिकित्सा**—अवसंवदक, एंटीहिस्टामीनिक व प्रशामक दवाओं तथा विटामिनो (विशेषकर  $B_1$  व  $C$ ) से चिकित्सा के साथ-साथ मेथीसाजोन (माबारान) टिकियो (बयस्को के लिए छः दिनों तक सुबह शाम 0.2 ग्राम) या 10 प्रतिशत साइट्रिलंबन (बयस्को के लिये एक बड़ा चम्मच नित्य दो बार) के रूप में प्रलिखित किया जाता है । 6 वर्ष से ऊपर के बच्चों को मेथीसाजोन का 10 प्रतिशत साइट्रिल या तिहाई मध्यम चम्मच चार दिनों तक सुबह-शाम दिया जाता है ।



### टीकाक्लेश

बच्चे के लिये मारबोरान की एक खुराक 0.04 ग्राम प्रति किलोग्राम (शरीर भार) है, जो चार दिनों तक हर छ घंटे पर दी जाती है। कई केस कोर्टिको से भी ठीक हो जाते हैं, जिन्हे प्रतिजीवकों (ओलेटेट्रिन, सेपोरिन आदि) और ग्लोबुलिन के साथ दिया जाता है। अनीलीन रजक और हेलिओमीसिन एरीथ्रोमीसिन के मलहम बाह्य उपचार के लिये प्रयुक्त होते हैं।

निरोध—सरल विसर्प से ग्रस्त व्यक्तियों को बच्चे की देखभाल नहीं चाहिए।

### टीकाक्लेश (वाक्सीनता)

वाक्सीनता—उन द्रुगस्त बच्चों को होता है, जिन्हे छोटी शीतला (नि पौक्स) का टीका लगाया जाता है या टीका लगाये गये अन्य बच्चे के सप

चचक्र जर्मी अक्सर असमर्पित क्षतिया उत्पन्न होती हैं जिनका कटो में एक गहरा सा हाता है, इनके बाद क्षतांक नहीं रहता। क्षतिया पहले टीका (पाछ) के स्थल पर उत्पन्न होती हैं, जो बाद में प्रकीर्णित हो सकती हैं। कभी-कभी मुंह और जननेद्रियों की श्लेष्मल झिल्लियाँ और युक्तिका भी ग्रस्त हो जाती हैं। लसपर्व या तो परिम्प्राशित नहीं होना, या बहुत हल्का-सा वर्धित होते हैं। गेग के साथ-साथ थाड़ा वृत्तार भी रहता है, लेकिन सामान्य अवस्था कापोसी के मसूरिकावत स्फोटों की तरह नहीं गड़बड़ाती है।

**चिकित्सा**—गामा ग्लोबुलिन की सुइया, प्रतिजीवक (ओलेटेड्रिन और ओमीसिन, सेपोरिन, एरीथ्रोमीसिन) और मेथीसाजोन प्रलिखित लिये जाते हैं।

## भग का तीव्र व्रण

लिपशोयेट्स-चापिन द्वारा निरूपित भग का तीव्र व्रण अधिकांशतः युवा लड़कियों व स्त्रियों को होता है। इसका कारण डेडरलेइन (Doederlein) द्वारा वर्णित योनिक बासिल (बासिलुस क्रासुस) है, जो सामान्य परिस्थितियों में योनिक श्लेष्मला का कुणपतृण है (अर्थात् वह योनिक श्लेष्मला की मृत कोशिकाओं), उनके अपघटन के उत्पादों से अपना पोषण करने वाला सूक्ष्म उद्भिज है। व्रण के पूयिक स्राव में अनेक मोटे ग्राम-धनात्मक छड़ दिखते हैं, जिनका सिरा उच्छेदित शकु की तरह होता है; ये ग्राम की विधि से या मेथीलेन नीले से रजित होते हैं।

**गदजनन**—यह माना जाता है कि ठंड लगने से या पैठनजनित रोग के कारण जब लड़कियाँ या स्त्रियों का शरीर कमजोर हो जाता है, तब डेडरलेइन के बासिल कुणपतृण से गदजनक रूप में परिणत हो जाते हैं। वर्धित परोर्जिक संवेदिता और इस निमित्त जीवाणु के प्रति शरीर का संवेदीकरण भी रोग-प्रक्रिया को प्रोत्साहित करते हैं (रोगी में बासिलुस क्रासुस की टीका से अतर्चर्म परीक्षण और प्रतिक्रिया का पूरक स्थिरकरण अक्सर धनात्मक होते हैं)।

**तल्पिक चित्र**—रोग का आरंभ अचानक होता है और प्रवाह तीव्र होता है, यह कुछ दिनों से लेकर दो सप्ताह तक चल सकता है। इसमें भग एवं भगोष्ठों की श्लेष्मल झिल्लियाँ शोफित और लाल होती हैं और उन पर अत्यंत पीडाजनक विमृत्तिक व्रण बन जाते हैं। व्रण सतही होते हैं, आधार मुलायम होता है, किनारियाँ सुरंगित होती हैं और तली से सीरमी-पूयिक भूराभ पीला स्राव होता है। एक या कई व्रण उत्पन्न हो सकते हैं। शरीर का तापक्रम ऊँचा पाया जाता है, कंपकपी होती है। व्रणों का शीघ्र ही उपकलाकरण और (व्रण) पूरण होने लगता है, इसके बाद खट्टी अलग होती है। क्षतांक सतही और सूक्ष्म होते हैं। रोग छुट्टा नहीं है।

**निदान**—क्षतियों की अतिकोमलता और आयुरी वृत्त में मैथुन-घटना की

अनुपस्थिति में (क्योंकि गैंग छालों और कृमारी चर्म्बकियाँ फैलती हैं) उस गैंग में मुलायम एवं कठोर कटवण और सैफिलिस के निर्माण के चरण को अपरदन पिंटिकाओं से विभेदित किया जा सकता है। मुलायम कटवण और सैफिलिस के अन्य लक्षणों और प्रयोगशाला परीक्षण (गूथम वर्जन और सीरमोगोचरी परीक्षण) के परिणामों का भी निदान में उपयोग होता है।

गैठिकलशिक चरण अक्सर अक्रान्ते (अलग-थलग) होते हैं, इनका प्रवाह चिरकालिक होता है, कोई तीव्र संचालन नहीं होता। इनके स्त्राव में मो. द्रव्या अनुवेदित होते हैं। पिके (Piquet) माले (Montoux) और कोच (Koch) के परीक्षण धनात्मक परिणाम देते हैं।

जननेन्द्रियों पर चोरस शेवाक के विभेदक लक्षण हैं—ग्रुपो में उन्मात्र वस्तिका का क फटने पर क्षतियों की सूक्ष्म बहुचक्रीय परिखाएँ और अपरदन का नेजी में उपकलाकरण। जननेन्द्रिय पर पुनरावर्ती सरल विसर्प के रोगी अक्सर कोई पीड़ा नहीं महसूस करते।

चिकित्सा—पेनीसिलिन, संपोरिन, सिगमासीगिन, ओलेंटोट्रिन, टेट्राओलइन तथा एरीथ्रोमीसिन अक्सर स्वरक्त-चिकित्सा या गामा ग्लोबुलिन सूइयों के साथ प्रलिखित किये जाते हैं (अनिम की आधी खुराक की सूई तीन दिनों में एक बार दी जाती है, कुल सुइयाँ तीन या चार होती हैं)। शरीर का विटामिन ए और बी-सकुल से संतृप्त रहना चाहिए। अवमण्डक तथा एंटीहिस्टामिनिक आधन और कोटिकोस्टेरोइड हार्मोन नन्हीं खुराकों में दिये जाते हैं, यदि स्पष्ट तीव्र शोथी प्रतिक्रिया और कृताली प्रवाह प्रेक्षित होता है।

अत्यंत शोथी प्रतिक्रिया और तीव्र कोपलता की स्थिति में बाह्य उपचार के साधन प्रलिखित किये जाते हैं—शीतलकारी नाशन (बोरिक अम्ल का 2 प्रतिशत या सिल्वर नाइट्रेट का 0.25 प्रतिशत घोल) लगाया जाता है और इसके बाद जड़ी-बूटी (गुलदाउदी, गेदा, सत जान के वट, सहस्रपणा) के काटे के घोल में या पोटेशियम परमैंगनेट के हल्के घोल में कटिस्नान कराया जाता है। डेमाटोल-युक्त पाउडरो या लोकाकोर्टेन अथवा हिओक्सीजोन के मलहम के साथ समान मात्रा में कैलेडुला का महलम मिलाकर स्नान के बाद लगाया जा सकता है।

## जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग

### सामान्य सूचनाएं

कुछ चर्मक्लेशों के विकास में आनुवंशिक घटकों की भूमिका का सिद्ध करने वाले फेसो तथा खानदानी चर्मरोगों के वर्णन नल्लिक चर्मनाचन में बहुत पहले से

मांचत होते रहे ह तभी से जब आयुरी जातकी आयुर की स्वतंत्र शाखा के रूप में अलग भी नहीं रह थी। सबसे पहल मीनचमता में ग्रस्त रोगियों का वशवृक्ष ज्ञात हुआ था, यह रोग वश की कई संततियों के लोगों में पाया गया। पिछली शती के अंत में मेंडेल द्वारा आविष्कृत संततियों में प्रबल एवं अवगामी (क्षीण) विशेषताओं के प्रकट होने के नियम की सहायता से ऐसी जातिकीय रीतिया प्राप्त हुई, जिनसे अनेक चर्मरोगों के विकास में आनुवंशिकता की भूमिका स्पष्ट की जा सकी। ये रीतिया हैं—रोगी के वशवृक्ष का अध्ययन (वश में किसे-किसे विचाराधीन रोग हुआ है), जुड़वे बच्चों का अध्ययन (एकयुग्मी और द्वियुग्मी यमजों में चर्मलोचनी गदलोचन का अध्ययन) और कोशिका-जातिकीय अध्ययन (कैरिओटाइप और सेक्स ख्रॉमाटिन की राज्यकाय-सचियों का अध्ययन) और चर्मलेखों (मुख्यतः हथेलियों पर पिटिकीय मेड़ो—घाइयों के नमूनों) का अध्ययन। इन खोजों के आधार पर कुछ चर्मरोगों को सामान्य चर्म गदलोचन की श्रेणी से अलग स्थान दिया गया (जीनीय चर्मक्लेश या जीनचर्मक्लेश) और यह स्थापित किया जा सका कि आनुवंशिक चर्मक्लेश जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; उनके विरासतन के तथ्य और प्रकार भी स्थापित किये गये।

पिछले समय से जातिकीय खोज-रीतियों का भंडार काफी बढ़ा है; इसका कारण है जातिकी का विकास, जिससे जीन की भौतिक संरचना और विरासतन की प्रक्रिया को निर्धारित करने वाले उसके रासायनिक एवं भौतिकीय गुण ज्ञात हुए हैं। आण्विक जातिकी, इमूनो-जातिकी जैसी नवीन शाखाएँ उत्पन्न हुईं। इनमें एजाइमो, नुक्लेइक अम्ल के विनिमय तथा शरीर में द्रव्य-विनिमय के अन्य उत्पादों की उत्पत्ति और कार्यों में गड़बड़ी लाने वाली सामान्य परिस्थितियों का अध्ययन होता है। आधुनिक चर्मलोचन में चर्मक्लेशों और उनके प्रति जन्मजात (विरासती) प्रवणता के अध्ययन में जातिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग हो रहा है।

जीनचर्मक्लेश रोगी के पूर्वजों की जननकोशिका में उत्परिवर्तन के फलस्वरूप उत्पन्न होते हैं, फिर भी उत्पत्तिर्जित जीन की उपस्थिति को सिद्ध करना और वश में उसके प्रसार-पथ को ज्ञात करना हर मूर्त केस में संभव नहीं होता। इसके कारण हैं—आदमी में नये उत्परिवर्तनों का उत्पन्न होना (जो पहले नहीं थे) और परिवार में अवगामी प्रकार के सदस्यों की संख्या कम होना। इसके अतिरिक्त, विरासती चर्मक्लेश जन्म से नहीं व्यक्त होते—उनका जन्मजात होना आवश्यक नहीं है और जन्मजात चर्मरोग का आनुवंशिक (विरासती) होना भी आवश्यक नहीं है। जन्मजात चर्मरोग विरासती भी हो सकते हैं और अंकुर-रुग्णता (गर्भधारण के चौथे सप्ताह से लेकर चौथे-पांचवे महीने तक की अवधि में भ्रूण में जीवाणु-पैठन के कारण) या भ्रूणरुग्णता (गर्भधारण के चौथे-पांचवे महीने से प्रसवकाल तक की

अग्रघि में पठन क कारण भा ग सकता ह (जैकर *unhappy* और भ्रण *x* में अंतर करना आजकल प्रायः साहित्य में चलन माना जाता है - जन्म)

भार्या चर्मरोगों का बाद रचना चाहिए कि एक आदिनक्रम (या मिथ्या उत्परिवर्तन) नामक रोग भी है, जिसमें बाह्य घटकों के प्रभाव से कोई जीन किसी उत्परिवर्तन-विशेष की 'नकल' करने लगता है, फलस्वरूप तत्त्विकता: विरासती रंग से मिलते-जुलते रंग उत्पन्न होते हैं, जैसे लालंगिक या मुदम काला कंटक्लेश (वर्णक-पिटिकीय कुपोषण का विरासती मुदम रूप) और दुर्दम काला कंटक्लेश (अविरासती दुर्दम वर्णक-पिटिकीय कुपोषण)। जीननक्रम का अस्तित्व भी संभव है, ये ऐसे विरासती रंग हैं, जो तत्त्विक लक्षणों में एक-दूसरे की नकल करते हैं, लेकिन भिन्न उत्परिवर्तित जीनों से उत्पन्न होते हैं (जैसे स्वाकायिक प्रबल और एक्स-संपर्की अवगामी मीनचर्मता)।

विरासती चर्मक्लेशों में रंज्यकायिक विषयन (रंज्यकायों की संख्या और संरचना में परिवर्तन) नियमित नहीं मिलता है। अधिकांश जीनचर्मक्लेश जंतिकीय उपकरण में अपेक्षाकृत सूक्ष्म परिवर्तनों, अर्थात् जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; इन उत्परिवर्तनों के परिणाम (द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया में परिवर्तन, खमीरी रुग्णता खमीरों के कार्य या उत्पादन में गड़बड़ी आदि) जीवरसायनिक परीक्षणों से ज्ञात हो जाते हैं।

फिर भी वर्तमान ज्ञान के आधार पर जंतिकीय कारणों से उत्पन्न खमीरी दोष ज्ञात करने के प्रयत्न जीनचर्मक्लेश के अनेक रोगियों में असफल रहे। वर्तमान समय में सभी जीनचर्मक्लेशों का वर्गीकरण या तो रूपलोचनी आधार पर होता है (शृंगनता की गड़बड़ी, वर्णकीय, बुल्लेदार आदि) या विरासतन प्रकार के अनुसार (स्वकायिक, प्रबल, अवगामी आदि)।

## विरासती शृंगीक्लेश

**मीनचर्मता**—इस शब्द से करीब दर्जन भर अवस्थाओं को घोटित किया जाता है, जो तत्त्विकतः तो समान होते हैं, पर रोगलोचनी रूप से भिन्न होते हैं; ये अवस्थाएँ शृंगन-प्रक्रिया में सामान्य गड़बड़ियों से उत्पन्न होती हैं। कुछ में तो चर्म की आक्रांति के साथ-साथ विभिन्न आंतर अंगों और तंत्रों की भी गड़बड़ियों के उन्हीं रूपों का वर्णन करेंगे, जो चर्मलोचनी अनुशीलन में अक्सर मिला करते हैं।

**सामान्य मीनचर्मता**—यह स्वकायिक प्रबल प्रकार से विरासतित होता है। रोग की अभिव्यक्ति एक से चार वर्ष की उम्र से शुरू होती है, 10 वर्ष की उम्र में चर्मोत्कर्ष पर होती है और पूरे जीवन भर बनी रहती है; सिर्फ यौन परिपक्वता के समय और गर्मियों में कुछ ठीक होती है। प्रक्रिया प्रकीर्णित प्रकृति की होती है



चर्म शुष्क और मोटी हो जाती है शल्कन होता है ललामी के बगर मशिकीय शृगन अक्सर प्रेक्षित होता है स्वेदक और वपाल ग्रथियों की क्रियाशीलता बहुत मंद हो जाती है, यहा तक कि बिल्कुल रुक भी जा सकती है। आक्रांति के मुख्य स्थल है—हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहें (कोहनी, घुटने), गुल्फ जहां शृंगी द्रव्य की अच्छी-खासी परत होती है और पीठ (मुख्यतः त्रिकास्थि का क्षेत्र)। ललाट और गाल की त्वचा बचपन में आक्रांत हो सकती है, पर बाद में शल्को से मुक्त हो जाती है। अंतरानितविक तथा सधिक पुटको, काख और जंघामूल के क्षेत्र में और जननेंद्रिय पर यह रोग नियमित नहीं होता। सामान्य मीनचर्मता की तीव्रता के अनुसार शल्को के आकार और रंग बदलते रहते हैं—नन्ही, पतली, सफेद भूसी की तरह से लेकर चौड़े, बड़े और काले।

चर्म की शुष्कता और शृंगी परतो व शल्कों के संचय और प्रकार के अनुसार सामान्य मीनचर्मता के कई तल्पिक रूपों में भेद किया जाता है। चर्मशुष्कता सबसे हल्का रूप है, जिसमें चर्म शुष्क रहता है और शल्कन भूसी की तरह होता है। सरल मीनचर्मता में ये पटलित शल्क होते हैं, जो मोटे हो चुके, शुष्क, कड़े और रुक्ष चर्म के साथ जुड़े रहते हैं। चमकदार मीनचर्मता में शृंगी द्रव्य बहुत अधिक संचित हो जाते हैं—मुख्यतः हाथ-पैर पर, लोमकूपों (लोममशिकाओं) के मुहानों में। शल्को में मुक्ता-सीप जैसी एक विशेष चमक होती है। क्षतिया कभी-कभी फीतो के रूप में स्थित होती हैं, इसीलिये सांप के शल्क से मिलती-जुलती होती हैं। ये शल्क अपेक्षाकृत अधिक मोटे, अधिक शृंगित और गहरे काले रंग के होते हैं, इनमें गहरी घाइयां होती हैं (सर्पवत मीनचर्मता)। अंत में, सामान्य मीनचर्मता का बहुत ही विख्यात रूप है—साहीनुमा मीनचर्मता। इसमें शृंगी द्रव्य के मोटे कटि जैसे भाग त्वचा से 5-10 मिलीमीटर ऊपर उभरे रहते हैं और कुछ सीमित चर्मक्षेत्रों पर साही के काटों की याद दिलाते हैं, विशेषकर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर। बाल और रोएं भी शुष्क, पतले और विरले हो जाते हैं। नख भंगुर और पतले हो जाते हैं या (अधिकांशतः) मोटे हो जाते हैं।

मीनचर्मता के हल्के रूप से ग्रस्त रोगियों की सामान्य अवस्था काफी सतोषजनक होती है, रोग से उन्हें कोई परेशानी नहीं होती। तीव्र मीनचर्मता से ग्रस्त बच्चे का शारीरिक विकास बहुत मंदित हो जाता है। विभिन्न पैठनों के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता कम हो जाती है, बच्चे में चर्मपूयता, क्लोमशोथ और कर्णशोथ के विकास की प्रवृत्ति दिखने लगती है, जो घातक भी हो सकते हैं।

**ऊतगदलोचन**—अतिशृगनता के साथ-साथ अक्सर कणमय परत भी मोटी हो जाती है। लेकिन हल्की मीनचर्मता परत का आंशिक या पूर्ण लोप हो जाता है। बड़े-बड़े मशिकीय केरा टिनी (केराटोटिक, शृंगिक) प्लग नजर आते हैं। यह सब

सर्जन मीनचर्मता के लिये लच्छक है। प्लगो द्वारा उत्पन्न दाव मशिकाओं और वपा-ग्रथियों के निचले भाग में कुपोषण शुरू हो जाता है। मालपीगी परत पतली हो जाती है। सुचर्म में बहुत कम मात्रा में परिकुम्भक लसकोशिकय अतस्यदन देखा जा सकता है। कोलाजनी रेशों का काचरकरण और रजतप्रेमी रेशों का (स्वेद-ग्रथियों और लोमहर्षक पेशियों के गिर्द) मोटा होना सुचर्म की गहरी परना में प्रेक्षित होता है। सामान्य मीनचर्मता के सभी रूपों में रूपलोचनी परिवर्तन सिर्फ मात्रात्मक होते हैं, गुणात्मक नहीं।

**निदान**—सामान्य मीनचर्मता के तल्पिक और रूपलोचनी निदान में कोई कठिनाई नहीं होती। चर्मशुष्कता के निदान में एक सहायक रीति प्रयुक्त होती है—स्पैचुला से त्वचा पर रेखा खींचने पर भूसी जैसा शल्कन आटे की तरह सफेद पट्टी के रूप में प्रकट होता है। इसके अतिरिक्त, हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों तथा नितवों पर पिन के सिर जितनी बड़ी गठिकाएं नजर आती हैं, जिनका रंग भूरा या हल्का गुलाबी (कभी-कभी नीली आभा के साथ) होता है। चमकदार मीनचर्मता में शल्को का मध्य भाग गाढ़े रंग का होता है, किनारियां कुछ उभरी होती हैं और ऋत्के रंग की होती है, क्योंकि वे विलगित होने की दशा में होती हैं। इससे इसे लोम-शैवाक से विभेदित किया जा सकता है, जिसमें हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर बाजरे जैसी रुक्ष पिटिकाएं पायी जाती हैं, इनका रंग सामान्य चर्म की तरह या हल्का लाल होता है। इन पिटिकाओं का शीर्ष शृंगी शल्क से बना होता है, जो मशिकाओं के फूल मुहानों में कसकर फंसे होते हैं। काटल शैवाक लोमकूपों के मुहानों में नन्हे शृंगिक उभारों द्वारा लछित होता है, उभार कुछेक मिलीमीटर ऊंचे होते हैं; उभार के भीतर अक्सर टूटा हुआ और स्प्रिंग की तरह पेंटा हुआ लोम मिलता है।

जतिकीय कारणों से उत्पन्न सामान्य मीनचर्मता को अर्जित मीनचर्मता से विभेदित करना चाहिए। यह विशेष महत्वपूर्ण है, क्योंकि रोग शुरू होने के समय निदान का विशेष लक्षण हमेशा नहीं होता। विरासती मीनचर्मता प्रथम बार कभी-कभी वयस्क उम्र में व्यक्त होती है, जबकि अर्जित मीनचर्मता बच्चे को भी हो सकती है (कभी-कभी इसके साथ अंकुराविक उत्वर्ध भी होता है, जिसे लसकणार्बक्लेश या लसक्रव्यार्ब कहते हैं)। अर्जित मीनचर्मता कुष्ठ और विटामिन ए की प्राथमिक एवं द्वितीय कमी से युक्त पोषणात्मक गड़बड़ियों के साथ भी हो सकती है।

**चिकित्सा** की कारगरता बहुत हद तक मीनचर्मता के प्रकार पर निर्भर करती है। इसके लिये रोग के तल्पिक लक्षण स्पष्ट होने चाहिए। लंबे समय तक विटामिन ए का प्रयोग सुसंकेतित है—20-30 (बच्चों के लिये 10-15) यू.आई. सांद्रित विटामिन ए भोजन से पहले या भोजन के समय भूरी रोटी (राई रोटी) के टुकड़े पर दिन में तीन बार करीब चार से छः सप्ताह तक दिया जाता है। बाद में

चिकित्सा कई बार दोहरायी जाती है अतर्पेशीय सुई के लिये विशेष रूप से निर्मित विटामिन ए से अधिक लाभ होता है तैल में इसका घोल 0.5 मिलीलीटर (50000U) की मात्रा में सुई द्वारा एक दिन बीच देकर आधान कराया जाता है (प्रथम दो से चार सुइयाँ) और इसके बाद खुराक 1.0 मिलीलीटर तक बढ़ायी जाती है, पूरी चिकित्सा 15 से 20 सुइयों द्वारा होती है। बेहतर आत्मसादन के लिये विटामिन A के साथ विटामिन ई भी देना वाछनीय है—दिन में एक बार एक मध्यम चम्पच मुखमार्ग से, या अतर्पेशी सुई से (एरीविट, 1.0 मिलीलीटर की सुई नित्य या एक दिन बीच देकर, कुल 20 बार)। एविट की भी सलाह दी जाती है, यह तैल घोल है जिसके 1.0 मिलीलीटर में करीब 100000U (35 मिलीग्राम) विटामिन A और 100 मिलीग्राम विटामिन ई होता है। अतर्पेशीय सुई नित्य या एक दिन बीच देकर दी जाती है (कुल 20 से 30 सुइयाँ; एविट की सुइयाँ कुछ दर्दनाक होती हैं) या इस प्रसाधन का एक कैप्सूल दिन में दो या तीन बार दिया जाता है।

लोहे, फीटिन, कैल्सियम आदि के प्रसाधन मीनचर्मता के रोगियों को अक्सर बलवर्धक चिकित्सा के रूप में निर्दिष्ट किये जाते हैं। विटामिन बी-संकुल और गामा ग्लोबूलिन की सुइयाँ दी जाती हैं, रक्तचिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। तीव्र केसों की चिकित्सा स्टेरोइड हार्मोनों से की जाती है, चर्मपूयता होने पर साथ में प्रतिजीवक भी दिये जाते हैं। थिरोइडिन की नन्ही खुराक (बच्चों की—0.01-0.02 ग्राम दिन में एक या दो बार और बड़ों की—0.03-0.05 ग्राम दिन में एक या दो बार) 15 से 20 दिनों तक निर्दिष्ट की जाती है—ढालवत ग्रंथि की अवक्रिया-अवस्था में जिससे द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया मंद होने लगती है।

निम्न युक्ति से भी लाभ होता है—38-39°C तक गर्म पानी से स्नान के बाद चर्म को मुलायम करने वाला कोई मलहम या क्रीम लगाना, जिसमें 1 प्रतिशत सैलीसीलिक अम्ल मिलाते हैं या 0.25 प्रतिशत पोलीविटामिन-लवण से युक्त कोई मलहम या क्रीम लगाना (ताकि शल्क अच्छी तरह अलग हो जाया करे)। सल्फरकृत हाइड्रोजन के पानी या समुद्र-जल में स्नान, खनिज-स्रोतों का पक लेपना आदि भी सुसकेतित हैं।

**भविष्यवाणी**—सामान्य मीनचर्मता के हल्के रूपों में युक्तिसंगत चिकित्सा से काफी अच्छी सफलता मिल सकती है। लंबे समय तक विटामिन ए से चिकित्सा, जल-चिकित्सा, तैलों का लेप (विटामिन से युक्त क्रीम, वनस्पति तैल, आसवित जल के साथ समान मात्रा में लानोलिन मिलाकर, स्पेर्मासेटी क्रीम, लाई, कभी-कभी 0.25-0.5 प्रतिशत सोडियम क्लोराइड से युक्त क्रीमों का उपयोग) रोग को उग्र होने से रोकता है। तीव्र प्रवाह में भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

जन्मजात मीनचर्मता स्वकार्यक अस्वाग्मी प्रकार में विरामित हो मिलती है। रोग के लक्षण जन्म से ही मिलन लगता है। यद्यपि उसके निमोचन रूप भी है (विलंबित जन्मजात मीनचर्मता), जिसमें रोग के लक्षण जन्म के कुछ महीने बाद उत्पन्न होते हैं। यह रोग सामान्य मीनचर्मता से अधिक उग्र होता है। त्वचा कणू की पीठ जैसे मोटे मोटे शल्का में ढकी जाती है, जिससे चमक गहरा खाँचे होते हैं, लेकिन मीनचर्मतावत चर्मरुणता की तुलना में त्वचा पर लाला भी नहीं होती। उग्रतम रूप (गंभीर जन्मजात मीनचर्मता) त्वचा पर दिर्जीवक पट्टन और पोषण व श्वसन की गड़बड़ियों से कुछ दिनों में मृत्यु भी हो सकती है।

ऊतगदलोचन—सामान्य मीनचर्मता की तुलना में कहीं अधिक अतिशृंगनता प्रेक्षित होती है। कणमय परत बची रहती है, पर कृपोपित हो जाती है।

चिकित्सा सामान्य मीनचर्मता जैसी ही है।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मरुणता—इस रोग के दो रूपों में भेद किया जाता है—बुल्लाहीन (सूखा) रूप जो स्वाग्मी प्रकार में विरामित होता है, और बुल्लेदार रूप जो स्वकार्यक प्रबल प्रकार से विरामित होता है। अनेक वैज्ञानिक अब बुल्लाहीन रूप को पटलीय मीनचर्मता और बुल्लेदार रूप को अधिचर्म निलायक मीनचर्मता के नाम से पुकारने लगे हैं, क्योंकि चर्मरुणता के इस रूप की खारिज्यत है—अतिशृंगनता तथा कटलय का मेल और अधिचर्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का गदोचीन्हक कणीय अवजनन शुरू हो जाना (निकोल्स्की के शब्दों में—कटशृंगविलयन)।

रोग का बुल्लाहीन रूप पूरे चर्म की विसरित रक्तस्फीति द्वारा लीछित होता है, चर्म शुष्क, तना हुआ और प्रचुर शल्को से आच्छादित होता है। हथेलियों व तलवों पर, काँख, कोहनी, घुटनों और जंघामूल के चर्म पुटकों में शृंगी शल्क बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं। शल्क बड़े, मोटे और बहुभुजाकार होते हैं, उनका रंग भूरा होता है और वे अलग-अलग परतों में जमा होते हैं। हथेली और तलवों पर प्रक्रिया शृंगी-चर्मता से मिलती-जुलती होती है। चर्म-पुटकों के क्षेत्र में कीलक जैसे उत्वर्ध मिल सकते हैं। कुछ केसों में सार्वदैहिक ललामी और शल्कन बिल्कुल कूटाली हो जाते हैं और वृद्धापे तक बने रहते हैं। अनेक उदाहरणों में ललामी काफी घट जाती है या बिल्कुल गायब हो जाती है और अतिशृंगनता तीव्र हो जाती है, विशेषकर चर्मपुटकों पर। पलकों, नाक, होठों, कर्ण-पल्लव पर चर्म के कठोर होने के साथ-साथ अपरूपन भी प्रेक्षित हो सकता है (जैसे पलकों का पलटना)।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मरुणता के बुल्लेदार रूप में स्पष्ट शोथी परिवर्तन (विशेषकर चर्मपुटकों के क्षेत्र में) प्रेक्षित होते हैं। चर्म शोफित, तनावपूर्ण और मोटा हो जाता है। इस पर बुल्ले और दृढ़क रिसाव जन्म से ही शुरू हो जाते हैं।

अतिशृंगनता एक साल पूरा कर लेने पर या अक्सर तीन चार साल के बीच विकसित होती है। निकोल्स्की का लक्षण धनात्मक होता है। अधिचर्म की ऊपरी परत सरलतापूर्वक अलग हो जाती है। चेहरे की त्वचा अतिरक्तिल, तनावपूर्ण, चमकदार और शल्को से प्रचुर होती है। नख मोटे और विकृत हो जाते हैं, अवनख अतिशृंगनता विकसित हो सकती है। बाल बचे रहते हैं। उम्र के साथ-साथ रोग का प्रवाह सुधरने की प्रवृत्ति नजर आती है। 3 या 4 वर्ष बाद वस्तिकाएँ विरले ही उत्पन्न होती हैं। तलवों और हथेलियों के चर्म पर हल्की अतिशृंगनता होती है।

ऊतलोचनी चित्र कणमय परत के अतिपोषण और सुचर्म में कटक्लेश और शोथी अंतर्स्पर्दन द्वारा लांछित होता है, ये लक्षण इसे सामान्य मीनचर्मता से विभेदित करते हैं। स्पष्ट अतिशृंगनता और कहीं-कहीं पराशृंगनता के क्षेत्र भी पाये जाते हैं। बुल्लेदार रूप में कटक्लेश के अतिरिक्त अधिचर्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का कणीय अवजनन भी देखने को मिलता है।

इसका विभेदक निदान जब सामान्य मीनचर्मता के साथ किया जाता है, तो यह ध्यान में रखा जाता है कि यह रोग काख व जंघामूल के चर्म-पुटको और कोहनी व घुटनों के खातों को अपनी चपेट में नहीं लेता। मीनचर्मतावत चर्मरुणता नवजात शिशु में जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलय के साथ विभेदित की जाती है, अंतिम में चर्मरुणता नहीं होती और बुल्ले स्वस्थ प्रतीत होने वाले उन्हीं क्षेत्रों पर उत्पन्न होते हैं, जो चोट, दाब व घर्षण के अधीन होते हैं। नवजात का बहुमार्किक बुदबुदिया एक छुतहा रोग है, इसमें ज्वर होता है और विभिन्न आकार के बुल्ले शोफित, ललामिक पृष्ठभूमि पर उग आते हैं।

चिकित्सा के सिद्धांत वे ही हैं, जो मीनचर्मता के रोगियों के लिये हैं, लेकिन रोग के बुल्लेदार रूप में विटामिन ए के विरुद्ध रोग का प्रतिरोध और कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन से चिकित्सा द्वारा सुधार देखने को मिलता है। जन्म के प्रथम दिनों में हार्मोनी प्रसाधन की 0.001 ग्राम प्रति किलोग्राम मात्रा प्रलिखित की जाती है (इस दैनिक खुराक को तीन-चार बार में बाँटकर देते हैं)।

विटामिन एच (बिओटिन) बच्चों को 3-5-10 मिलीग्राम दिन में दो या तीन बार देते हैं, रीबोफ्लाविन 5-10-15 मिलीग्राम की खुराक में नित्य दो बार माँ के दूध के साथ मिलाकर देते हैं, विसरित विटामिन ए (पाल्मीटेट) 5-10-15 बूँद दिन में दो बार वाछनीय है। मुखमार्ग से एविट (नित्य या एक दिन छोड़कर एक या दो कैप्सूल) और 0.5-10 मिलीलीटर रीबोफ्लाविन मोनोनुक्लेओटाइड (1 प्रतिशत सांद्र घोल) की सुई दो-तीन साल से बड़े बच्चों को एक दिन छोड़कर देना लाभकर होता है। सोडियम क्लोराइड, समुद्री लवण, चोकर या स्टार्च के साथ स्नान प्रलिखित किया जाता है, जिसके बाद चर्म पर गुलाब का तेल, कागेटालिन, विटामेड, चर्मरोग चिकित्सा 119

कोर्टिकोस्टेरोइड-मलहम (फ्लुसीनार, डल्टानान, 0.1 प्रतिशत माद प्रेडनोक्लोनेन मलहम, मेलेस्टोडेम) या त्वचा मृदु करने वाला मलहम या क्रीम लगा जाना है, अंतिम में 3-5 प्रतिशत नाफथालान या 1.2 प्रतिशत मन्तोसीनिक अम्ल मिलाया जाता है।

लोम-शैवाक (कांटल शेवाक, सग्न लॉम-शृंगनता) एक निरामर्श रोग है और मीनचर्मता का एक पूर्वपार्ती (अकालपार्ती, एन्टोर्टिव) रूप है। यद्यपि यह बचपन में ही शुरू हो जाता है, इसके तत्पिक लक्षण किशोरावस्था में ही स्पष्ट होते हैं। यह रोग स्त्री-पुरुषों दोनों को हो सकता है। सामान्य चर्म के रंग की नन्ही, शक्वाकार नुकीली पिटिकाओं के गुप कोहनी, पीट, नितंबों और जाघों पर उत्पन्न होती है। पिटिकाओं के शिखर केराटिनी शल्कों से बने होते हैं, जो विस्फारित मशिकीय मुहानों में घुसे होते हैं। पिटिकाएं इन्ही मुहानों में स्थित होती हैं। क्षति अपचोषित होकर मुशिकल से दिखने वाले दाग छोड़ जाती हैं। इन क्षेत्रों में लोम-मशिकाएँ और बपाल ग्रथिया नष्ट हो जाती हैं।

**चिकित्सा**—विटामिन ए, ई और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम तथा क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। प्राकृतिक निरोगालयों में चिकित्सा तथा समुद्र-स्नान भी फायदेमद होते हैं।

**टूरेन (Touraine) की बहुशृंगनता**—यह बाह्य भ्रूणचर्म का परिस्थितिज आनुवंशिक कुविकास है। इसमें अनेक प्रकार की शृंगनताएं प्रेक्षित होती हैं, जैसे—तलवों तथा हथेलियों की चर्मशृंगनता, मशिकीय शृंगनताएं जन्मजात नखस्थूलता आदि। रोगी में निम्न लक्षण अवलोकित होते हैं—हथेलियों और घुटनों पर शृंगी परत भयंकर रूप से मोटी हो जाती है, नख अति पोषित होते हैं, बाल और अस्थिया कुपोषित होती हैं, दात अविकसित रहते हैं, सार्वदैहिक व स्थानिक अतिस्वेदन प्रेक्षित होता है, असंयत मूत्रण और बौद्धिक विकास का मंदन भी देखा जाता है (यहां तक कि मूढता भी)। विभिन्न तीव्रताओं के साथ विकास की ये विसर्गितियां रोगी के वंश में अनेक सगे-संबंधियों के बीच पायी जा सकती हैं।

**चिकित्सा**—विटामिन ए और ई की बड़ी खुराकें और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम और क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। स्टेरोइड प्रसाधन और प्राकृतिक निरोगालय सुसंकेतित हैं।

## नार्वचर्मक्लेश

नार्वचर्मक्लेश के गुप में ऐसे रोग आते हैं जो तीव्र खुजली से शुरू होते हैं अक्सर साथ में गडबडिया भी होती हैं जो खुजली के साथ-साथ पूरे रोग

क रूम्यान बना रहती है इनमें कंडु खुजली पित्ती कृमिनवक्लेशिक शोफ और नार्वचर्मशोथ के विभिन्न रूप आते हैं।

शब्द 'नार्वचर्मशोथ' पहली बार 1891 में ब्रौक (Brocq) और जैक्वेट (Jacquet) ने प्रयुक्त किया था; वे इन रोगों को चर्म नर्वक्लेश मानते थे, जिनमें विशिष्ट प्रकार की तीव्र खुजली होती है और बाद में चर्म का शैवाकीकरण होने लगता है।

ब्रिटिश-अमरीकी आयुर्-साहित्य में विसरित नार्वचर्मशोथ को अक्सर 'आटोपिक चर्मशोथ' कहते हैं, जिससे रोग की जन्मजात प्रकृति स्पष्ट होती है। लेकिन 'नार्वचर्मशोथ' नामक इस पीडादायक एवं कुटाली चर्म के हेतुलोचन और गदजनन से संबंधित आधुनिक धारणाओं के बिल्कुल अनुरूप है।

सोवियत आयुरी साहित्य में नार्वचर्मक्लेशो का निम्न वर्गीकरण स्वीकृत किया गया है—(1) चर्मखुजली, स्थानाबद्ध, सार्वदैहिक, (2) नार्वचर्मशोथ, स्थानाबद्ध, विसरित; (3) कंडु, पयोपा में, वयस्क में, पर्विकीय; (4) पित्ती (चिरकालिक)।

## चर्म-खुजली

यह अपने आप में एक स्वतंत्र रोग है, जिसमें तीव्र एवं कुटाली खुजली होती है, खुजली के कारण खरोंचे भी पड़ती रहती है। खुजली अनुभूत करने वाले अधिग्राहकों (रिसेप्टरों) की विशिष्टताओं के बारे में लोग अभी भी एकमत नहीं है। माना जाता है कि खुजली की अनुभूति पीड़ा अनुभूत करने वाले नर्व-सिरों द्वारा या मज्जाहीन रेशों के सिरों द्वारा होती है। खुजलाहट की संवेदना की उत्पत्ति में चर्म का सारा संवेदी उपकरण भाग ले सकता है। खुजली की संवेदना अंतर्प्रेरित करने वाले स्पंद मज्जाहीन C-तंतुओं (रेशों) के सहारे अधोवल्कुटी एवं वल्कुटी केन्द्रों तक पहुँचाये जाते हैं।

चर्म-खुजली का निदान करने से पहले चर्म, रक्त, यकृत, वृक्क, अधोजठर, द्रव्य-विनिमय आदि की गड़बड़ियों से संबंधित उन सभी रोगों की संभावनाओं को गलत सिद्ध करना पड़ता है, जिनमें खुजली एक लक्षण के रूप में उपस्थित होती है। इस रोग में कोई भी प्राथमिक रूपलोचनी क्षति नहीं होती। जहाँ तक द्वितीयक रूपलोचनी क्षतियों का सवाल है, तो वे निस्तवचन एवं रक्तस्राव के रूप में हो सकती है (विदुक् या रैखिक)। हमेशा खुजलाते रहने से कुछ रोगियों के नखों की किनारियाँ बिल्कुल चिकनी और चमकदार हो जाती हैं। खुजली अक्सर सुबह और रात को दौरों के रूप में होती है, दिन में अपेक्षाकृत कम होती है। इसकी उग्रता हल्की से अतितीव्र तक हो सकती है, जिससे आशिक या पूर्ण अनिद्रा हो जाती है। तेज खुजली रोगी के कार्य में भी बाधक होती है। शैवाकीकरण कभी-कभी तीव्र





खुजली और खुराचों को पृष्ठभूमि में होता है। ऐसे केसों में कहा जाता है कि चर्म खुजली नार्वचर्मशोथ में विकसित हो गयी है। विस्तार के अनुसार खुजली स्थानावर्तक अथवा स्थानावद्ध हो सकती है। स्थानावद्ध खुजली अक्सर जननेन्द्रियों (भग, गडबड़ियाँ) तथा पृष्ठद्वार के क्षेत्र में होती है। कभी-कभी वह जाघ तथा पैर की मध्य सनहों पर तथा सिर व गर्दन पर भी विकसित हो सकती है। स्थानावद्ध चर्म-खुजली के कारण निम्न हैं—जोंक (प्रमुखतः सूत्र-कृमि), भग, योनी, ऋजु आत (गुल्फ) व पृष्ठद्वार की श्लेष्मल झिल्लियों का शोथ, स्थानीय गडबड़ियाँ (खुजली वाले क्षेत्रों पर वर्धित स्वेदन) के साथ-साथ पनपूनर्वक्लेश; नार्वमानसिक, नर्वयौन, अतर्भावी तथा अन्य गडबड़ियाँ। सार्वदैहिक खुजली भी इन्हीं क्रियात्मक गडबड़ियों से होती है, लेकिन अन्य कारण भी हो सकते हैं, जैसे—अधेः एवं वृद्ध लोगों में द्रव्य-विनिमय की गडबड़ियाँ (जराकालीन खुजली), गरलक्लेश (सर्गर्भताकाल की खुजली) तथा अन्य जो सदा स्पष्ट नहीं हो पाते।

**चिकित्सा**—निम्न एंटीटिस्टामीनिक प्रसाधन लक्षणपरक (सिंपटोमेटिक) चिकित्सा में सहायक होते हैं—मेबहाइडोलीन नापाडीजीलेट (डिओजोलिन) (0.05-0.1 ग्राम, दो या तीन बार नित्य), प्रोमेथाजीन हाइड्रोक्लोराइड (पीपोल्फेन), ख्लोरोपीरामीन (सुप्रोस्टिन), फेनेथाजीन (0.25 ग्राम नित्य तीन बार, दोपहर के बाद और शाम को अधिक लाभप्रद होता है) और डीफेनिलहाइड्रामीन हाइड्रोक्लोराइड (0.03-0.05 ग्राम दिन में दो बार)। सुप्रोस्टिन या पीपोल्फेन (20-25 प्रतिशत साद्र घोल के 1-2 मिलीलीटर) की अतर्पेशीय सुई का अधिक खुजलीविरोधी असर होता है।

कुछ रोगियों में कैल्सियम के प्रसाधनों का अच्छा प्रभाव पड़ता है (कैल्सियम क्लोराइड के 10 प्रतिशत साद्र घोल के अतर्शिरीय आधान या कैल्सियम ग्लूकोनेट के 10 प्रतिशत साद्र घोल की अतर्शिरीय सुई से)। इन्हें परानुकपी नर्वतंत्र की तानता (लाल चर्मालेख) की प्रबलता (प्रिडोमीनेंस) की स्थिति में प्रलिखित करना चाहिए। अनुकपी-तानता (श्वेत विलंबित और स्थायी चर्मालेख) में ये प्रसाधन प्रतिसंकेतित हैं, क्योंकि वे पनपू नर्वतंत्र के अनुकपी भाग को उद्दीपित करते हैं। कुटाली ओर कष्टप्रद खुजली के कुछ रोगियों को कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन दिये जा सकते हैं यदि वे प्रतिसंकेतित न हों। कोर्टिकोस्टेरोइडों से चिकित्सा के साथ-साथ वेद्युत्-निद्रा और स्वापन के उपयोग की सलाह दी जाती है। जराकालीन खुजली के रोगी को सामान्य अश्व-पुच्छ (Equisetum नामक पौधे) का काढ़ा पीने की सलाह दी जाती है (तीन चौथाई उबलते पानी में अश्वपुच्छ का एक बड़ा चम्मच डालकर बर्तन उतार लेते हैं; एक-डेढ़ घंटे बाद काढ़े को छानकर उसे एक-एक घूट सारा दिन पीते हैं। चिकित्सा दो-ढाई सप्ताह चलती है)।

नर्वक्लेशिक गडबड़ियों वाले रोगियों को प्रशामक (ब्रोमाइड, यदि अच्छी

तरह सहन होता है), वालारआन आर नार्ज्यातक (मडुस्मन पधान 1ड बाजफाम, ख्लोरडिआजेफोक्सीड, निविडम, त्रिओक्साजीन) दिये जान रे। मावदष्टिक खुजली में लाभ के लिये निम्न भौतिकीय चिकित्सा का उपयोग होता है - कृत्रिम या प्राकृतिक (तदनुरूप निरोगानय मे) सल्फरित हाइड्राज या रोचोन स्नान, चन्नन की छाल या गेदे के काटे को जल में मिलाकर स्नान, चोकर के पानी में स्नान (एक बार में एक किलोग्राम) और समुद्र-स्नान। बाह्य चिकित्सा के रूप में (जो सार्वदैहिक खुजली में अस्थायी लाभ पहुंचाती है) थीमोल, कार्बोलिक अम्ल, मेथील का 1-2 प्रतिशत सांद्र अल्कोहलिक घोल, क्लोरेटोन (ख्लोरोबूटाल) का 5 प्रतिशत सांद्र घोल 60-70 प्रतिशत एथिल अल्कोहल में, ख्लोरल हाइड्रेट और मेथील-युक्त शंक मिक्चर का प्रयोग होता है। चर्म की शुष्कता का इलाज मुखमार्ग से विटामिन A B<sub>2</sub> व B<sub>3</sub> द्वारा और किसी मृदुकारी क्रीम (lanolini. ol. Olivarum, Aq. distill. aa 30.0) द्वारा होता है।

स्थानाबद्ध खुजली में हमने खुजलीग्रस्त चर्म-क्षेत्र के गिर्द सुइयों की एक रीति प्रस्तावित की है। पहले आक्रांति-क्षेत्र को एथिल क्लोराइड से धोकर उसे (क्षेत्र को) सजाहीन करते हैं (या कोई संज्ञाहरण नहीं किया जाता), फिर 0.15-0.25 प्रतिशत सांद्र 'मेथिल नीला घोल' को बुन्केन और किसी प्रोलैगेटर के साथ मिलाकर अतर्पेशीय सुई देते हैं।

Rp Sol Methyleni coerulei medicinalis 0.25% 100

Bencaini 4 0

MDS सुई के लिये

सुई के ठीक पहले इस घोल की 10-15 मिलीलीटर मात्रा को बुन्केन और मेथीलेन नीला का खुजलीविरोधी प्रभाव दीर्घ करने वाले द्रव्य के साथ (उसी मात्रा में) मिला लेते हैं। डॉक्टरी जेलाटिन, पोलिवीनिल या पोलिवीनिलपिरोलीडोन (पोवीडीन) के 10 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ, अंतिम प्रसाधन सबसे अच्छा है, लेकिन उसका आप्विक द्रव्यमान 40000 से कम नहीं होना चाहिए।

एथिल क्लोराइड से सिचन या कार्बन-डायक्साइड-बर्फ से सतही शमन का उपयोग अडकोष (फोते) की स्थानाबद्ध खुजली में होता है। भग की खुजली के कुछ फेसों में, जब अन्य रीतियां असफल हो जाती हैं, जननेंद्रिय के नर्वों का दोतरफा उच्छेदन या अल्कोहलीकरण किया जाता है।

स्थानाबद्ध खुजली की चिकित्सा बक्की की और डिआडिनामिक (पारप्रवेगिक) धाराओं (आयन मोड्यूलेटरो) से की जाती है। कोटिकोस्टेरोइड मलहमों से अस्थायी तौर पर आराम मिलता है ये मलहम हैं सीनालार लोकाकोर्टेन 1 2 प्रतिशत 0 5 1 0 प्रतिशत प्रेदनीजोलोन या 3-5 प्रतिशत टार बोरिक

अम्ल से युक्त मलहम जनन-ग्रथियों के गार्मोर्न (मुख्यतः पुमज से युक्त क्रीम पथिल या टस्टोस्टेरान प्रोपिओनट (लानोलिन के आधार पर 0.5-0.25 प्रतिशत मात्रा के साथ)।

## नार्वचर्मशोथ

नार्वचर्मशोथ एक चिक्कालिक पुनरावर्ती शोथी चर्मरोग है, जो तीव्र खुजली, पित्तीय स्फोटों और स्पष्ट शैवाकीकरण के माध्यम से व्यक्त होता है।

परिसीमित और विसरित नार्वचर्मशोथों में भेद किया जाता है। कई अविशिष्ट रूप भी हैं—अतिपोंपित नार्वचर्मशोथ (विशाल शैवाकीकरण), अतिशृंगी (मसेदार), मशिकीय नार्वचर्मशोथ, चेहरे का विसरित शैवाकीकरण आदि।

हेतुलोचन और गदजनन—नार्वचर्मशोथ मुख्यतः अतर्जनित घटकों के प्रभाव से होता है, जिनमें निम्न की गणना होती है—नर्वतंत्र, अतर्सावी ग्रथियों और आंतर अंगों के कार्य में गड़बड़ियाँ, द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ और प्रतिकूल परिवेशी घटकों के प्रभाव से होने वाली भीतरी गड़बड़ियाँ।

विभिन्न स्तरों की नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ भी पायी जाती हैं—वर्धित उत्तेजन या वर्धित नियंत्रण, शीघ्र क्लृप्ति, दुर्बलता, रागात्मक अस्थिरता, अनिद्रा आदि। इन सबके साथ-साथ यंत्रणादायक और कुटाली खुजली होती रहती है, जो नार्वचर्मशोथ का मुख्य लक्षण है। विद्युमस्तिष्कलेख, प्लेथिस्मोग्राफी, खोनावरीमीट्री तथा अन्य रीतियों से परीक्षण करने पर पता चलता है कि सबसे पहले केन्द्रीय नर्वतंत्र में गड़बड़ियाँ हैं, फिर पनपू नर्वतंत्र में (स्थायी श्वेत चर्मलेख, स्पष्ट लोमहर्षक (या लोमप्रेरक) प्रतिवर्त, ताप-नियमन, स्वेदन और वपास्राव में गड़बड़ी आदि)।

केन्द्रीय नर्वतंत्र के उच्च भागों के कार्य में गड़बड़ी की प्रकृति प्राथमिक हो सकती है और नार्वचर्मशोथ की उत्पत्ति में हेतुलोचनी भूमिका निभा सकती है। कुछ रोगियों में वे द्वितीयक प्रकृति की भी हो सकती हैं, जो कुटाली चर्मरोग, प्ररक्षित एवं तीव्र खुजली और अनिद्रा से होती है। द्वितीयक नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ गदजनक महत्त्व रखती हैं और नार्वचर्मशोथ का प्रवाह तीव्र कर देती हैं। इस तरह एक दुश्चक्र बन जाता है—नार्वचर्मशोथ का उग्र प्रवाह तथा यंत्रणादायक खुजली नर्वक्लेशिक गड़बड़ियों को सहारा देती है और तीव्र करती है, जबकि नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ नार्वचर्मशोथ के प्रवाह को गभीर बना देती हैं।

हमारी खोजों के अनुसार नार्वशोथ के रोगियों में अधिवृक्क बल्कुट, ढालवत ग्रथि एवं जननग्रथियों के कार्यों में गड़बड़ी पायी गयी है। तीव्र नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ (वर्धित उत्तेजनता, रागात्मक अस्थिरता, खुजली से संबंधित दीर्घकालीन ऋणात्मक भावनाएँ, अनिद्रा) स्त्रंसी घटक (स्ट्रेस फैक्टर) हैं, जिनमें अधिवृक्क

वल्कट का अधिक तीव्रता से काम करना पड़ता है। इन प्रश्नों और नात्र शोथ प्रक्रिया की परिस्थितियाँ में उसका कार्य धीरे धीरे बढ़ने लगता है और रू, केसो में तो बिल्कुल बढ़ हो जाता है। अधिवृक्को का कार्य प्रणतया बढ़ हो जाने पर वे वधित आवश्यकता के अनुसार एंटीशोथी कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन (कोर्टिजोन, हाइड्रोकोर्टीजोन) अधिक मात्रा में स्रावित नहीं कर पाते। दूसरी ओर, नर्वचर्मरुनश के रोगी में एंटीशोथी हार्मोनो की आवश्यकता अधिक मात्रा में होती है। कोर्टिकोस्टेरोइड स्राव में यह विरोधाभासयुक्त कमी शोथी प्रतिक्रिया को तीव्र कर देती है, अर्थात् चर्म में रोग-प्रक्रिया को तीव्र कर देती है, परोर्जिक प्रतिक्रिया को उग्र कर देती है। यह कुछ हद तक नर्वचर्मशोथ (संभवतः अन्य चर्मरुनेशों के भी) रोगियों में नर्वमानसिक चोटों के बाद या दीर्घकालीन ऋणात्मक रोगों के अंतर्गत रहने पर रोगक्रिया उग्र होने लगती है।

उपर्युक्त बातों से सिद्ध होता है कि विसरित एवं प्रकीर्णित नर्वचर्मशोथ के रोगियों के लिये रक्षी दिनचर्या (प्रोटेक्टिव रेजिमेन) प्रलिखित करना चाहिए। स्वापन में सामान्य शांतिदायक एवं धनात्मक रोगों का शब्दाधान करना चाहिए, स्वापन और विद्युनिद्रा के साथ धीरे-धीरे घटती मात्रा में कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन भी देने चाहिए।

नर्वचर्मरुनेश के रोगियों में ढालवत ग्रंथि की क्रियाशीलता बढ़ी होती है, विरलत घटी हुई भी होती है, अक्सर वे जनन-ग्रंथियों की निष्क्रियता से पीड़ित होते हैं। इसीलिये नर्वचर्मशोथ के हेतुलोचन और गदजनन में नावं-अंतर्खावी गडबड़ियों और परोर्जिक प्रतिक्रियाओं की भूमिका प्रमुख होती है।

विभिन्न कारणों और अंतर्खावी गडबड़ियों से नर्वतंत्र का दीर्घकालीन तनाव ऐसी पृष्ठभूमि तैयार करता है, जिस पर 'चर्म नर्वचर्मरुनेश, अर्थात् नर्वचर्मशोथ तथा अन्य परोर्जिक प्रतिक्रियाएँ विकसित होती हैं।

नर्वचर्मशोथ में परोर्जिक अवस्था का महत्त्व निम्न घटकों से प्रमाणित होता है-

(1) विसरित नर्वचर्मशोथ अक्सर पयोपा-दद्रु से शुरू होता है, जो नियमतः पारश्लेषण की पृष्ठभूमि पर उत्पन्न होता है। पयोपा-दद्रु के अतिरिक्त वपास्रावी (और विरलत वास्तविक) दिनाइ भी धीरे धीरे नर्वचर्मशोथ में परिणत हो जाते हैं (यदि वे प्ररक्षित प्रवाह ग्रहण कर लेते हैं)। इस तरह की परिणतियाँ पयोपा-दद्रु और वयस्को में वपास्रावी दिनाइ के लिये लंछक हैं। अत्यल्प प्रायिक केसो में सीरमी या दद्रु-कूपों के रूप में रिसाव वाला वस्तिकायन और तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी तल्पिक चित्र में अधिक हावी रहती है, वनिस्वत कि शैवाकीकरण से युक्त पिटिकीय स्फोट और अंतर्स्यदन।

(2) पंजाजिक स्फोट आ खुजली स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ में मुख्य अधिकारी से दर स्थित चर्मक्षेत्रों पर भी पायी जा सकती है।

(3) नार्वचर्मशोथ के अनेक रोगियों का शरीर प्रतिजीवका, किन्हीं अन्य दवाओं या खाद्य सामग्रियों के प्रति अतिसवेदी होते हैं।

(4) नार्वचर्मशोथ के साथ-साथ रोगी में अक्सर अन्य पंजाजिक रोग भी पाये जाते हैं, विशेषकर ब्रॉन्कीटिस, कुर्भाप्रैरक नासाशोथ और पित्ती।

(5) हमारे विभाग में संपन्न किये गये परीक्षण यह दिखाते हैं कि नार्वचर्मशोथ से पीड़ित अनेक रोगियों में बॉयडन (Boyden) के निष्क्रिय रक्तस्कदन परीक्षण, कूम्स (Coombs) और कुंस (Kuns) के एंटीग्लोबुलिन-परीक्षण आदि जैसी इम्यूनो-पंजाजिक प्रतिक्रियाएं तीव्र धनात्मक होती हैं। इससे इन रोगियों में एकसंयोजी प्रतिकार्यो (स्व-प्रतिकार्यो) की उपस्थिति सिद्ध होती है।

सर्वप्रथम केंद्रीय नर्वतंत्र की, फिर पनपू नर्वतंत्र और अतर्सावी तंत्र की गड़बड़ियों की दृष्टि से नार्वचर्मशोथ की उत्पत्ति का कारण समझने के प्रयत्नों और इस रोग में शरीर की पंजाजिक अवस्था तथा विभिन्न आंतर अंगों की द्रव्य-विनिमय से संबंधित गड़बड़ियों की भूमिका स्पष्ट करने के प्रयत्नों के बीच कोई अंतर्विरोध नहीं है, उल्टा, ये एक-दूसरे के पूरक हैं। नर्वतंत्र की गड़बड़ियों के साथ अक्सर अतर्सावी व्यवधानों (अधोवर्ध-अधिवृक्कीय तंत्र और अपेक्षाकृत विरलतः ढालवत एवं जनन-ग्रंथियों की गड़बड़ियों) के अवलोकन से इस बात की पुष्टि होती है कि नार्वचर्मशोथ के गदजनन में नार्वअतर्सावी गड़बड़ियों की ही प्रमुख भूमिका होती है।

ऋजु आंत और मल-मार्ग की श्लेष्मल झिल्लियों के चिरकालिक अतिश्यायी शोथ से पृष्ठद्वार के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ और खुजली के गदजनन में महत्वपूर्ण भूमिका होती है। बड़ी व छोटी (तथा दोनों) आंतों और जठर (या तीनों) के चिरकालिक शोथ के साथ-साथ ऋजु आंत तथा मल-मार्ग (या दोनों) का भी शोथ होता है और मल-विसर्जन में अवरोध होने लगता है। इससे शरीर में आंत के गरणकारी द्रव्यों का अपचोषण होने लगता है (शरीर का स्वगरल-क्लेश या स्वगरलता)। अतिसार या मल में श्लेष्मला के साथ कब्ज के कारण पृष्ठद्वार की श्लेष्मला और चर्म क्षोभित हो जाते हैं और इससे भी इस चर्मक्षेत्र में नार्वचर्मशोथ के उग्र होने की परिस्थितियां बन जाती हैं। इस पृष्ठभूमि पर कवकज या खमीरज क्षतियां उत्पन्न हो सकती हैं। पृष्ठद्वार के गिर्द विदार, रक्तस्रावस (अधिकांशतः बाह्य, विरलतः आंतरिक) और जोंक (मुख्यतः सूत्र-कृमि) भी इस क्षेत्र में स्थानाबद्ध खुजली और नार्वचर्मशोथ विकसित कर सकते हैं।

बाह्य जननेंद्रियों के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ के गदजनन में मुख्य

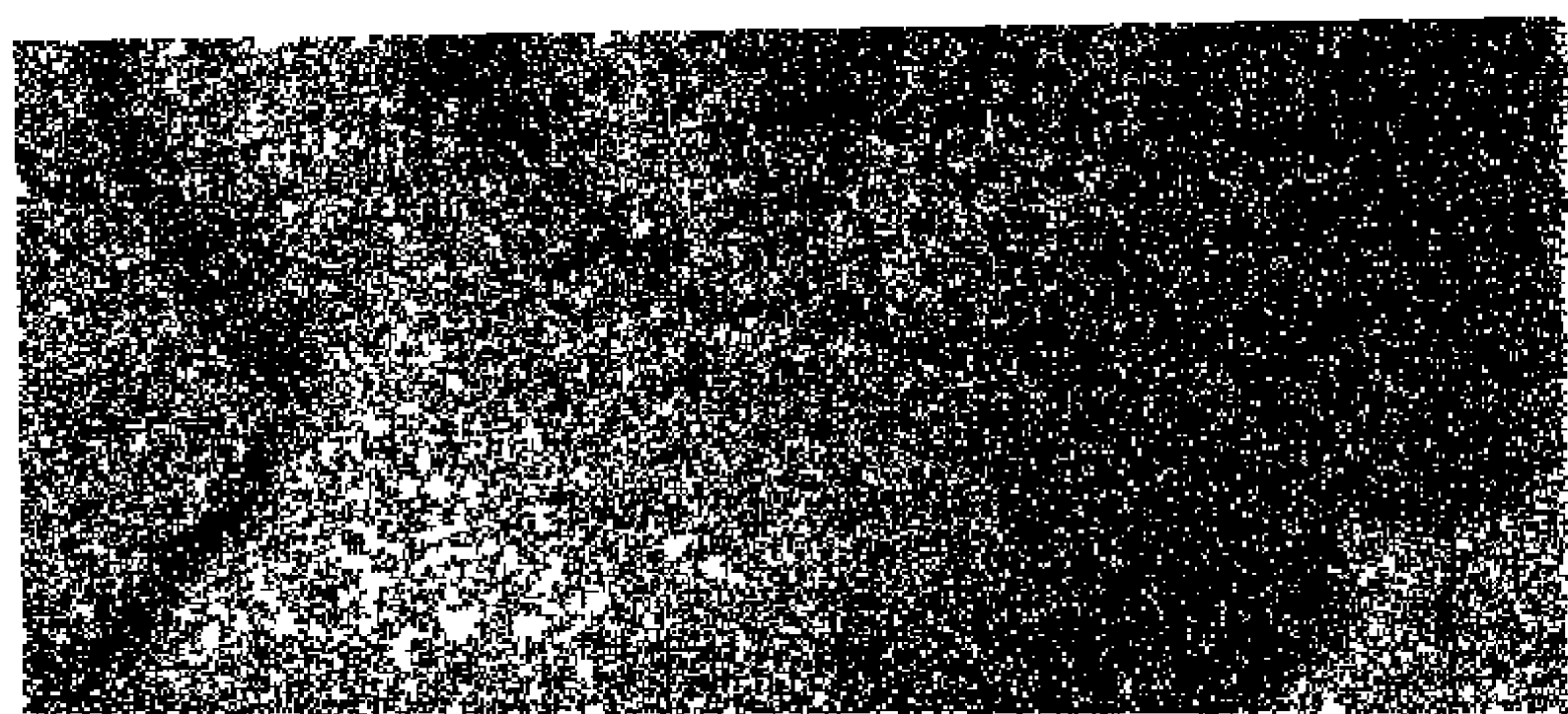
मृमिका निम्न की गता है नाचयान गडगाया जनन गायया तथा गप्पेन खात्र स सचधित गडगाया, जननीटयो व जनन म खात्र जायो प्रक्रियाया और गप्पेन खात्र क चिरकानिक गगा को (विशेषकर गप्पेन खात्र के अंगों के आवरण, गप्पेन खात्र को शलप्यन अिल्ली के शोध और पुराणों में सम्यक्स्थिति की)।

अर्थात् शोथी प्रकृति की ललायन प्रकृति में चर्म के अतस्यदन का अतस्यदन विसरित नार्चर्मशोथ व नाचयान दिव पर लगी रहता है। आक्रान्त के अधिकेंद्र अधिकांशतः चर्म, गरदन, हाथ पर ही केंद्रित होता है। शोथी और घुटनों के विपरीत तरफ गडगाया क्षेत्रों, जननीटयो व क्षेत्रों, जायो की मध्य मन्ता तथा शरीर के अन्य क्षेत्रों पर हात है। प्राथमिक गप्पेन खात्रो लक्षणों के रूप में अक्सर अधिचर्म एवं सुचर्म पिटिकाएं पायी जाती हैं। रंग में उन्हें स्वस्थ चर्मा से अलग करना मुश्किल होता है और कहीं-कहीं पर वे गमम करके पिटिकाय अतस्यदन के क्षेत्र बनाती हैं। आक्रान्त-क्षेत्र पर चर्मा अक्सर अतिवर्णित और शुष्क हो जाती है, उस पर असंख्य निम्नचर्म और सूक्ष्म चोकर जैसा शल्कन दिखाई पड़ता है। नैसर्गिक पुटकों में अतस्यदन की पृष्ठभूमि पर रेखिक विदार पाये जाते हैं। चर्म की आक्रान्ति निम्न लक्षणों में व्यक्त होती है—तीव्र खुजली और एकलरूपी अनेक केसों में किसी-न-किसी डिग्री की नार्चर्मशोथ गडगाया, श्वेत चर्मलिख, स्पष्ट लोमहर्षक प्रतिवर्त, ये सब मिलकर नार्चर्मशोथ का लच्छक तल्पिक चित्र बनाते हैं। नार्चर्मशोथ के रोगियों में अवकांटिकता (कांटिकोस्टैरोइड का अपर्याप्त स्तर) अतिवर्णकता के अतिरिक्त अक्सर निम्न लक्षणों में व्यक्त होता है—अवतान, अवप्रवेगन, परोत्रिक प्रतिक्रियाएं, जठर-रस का अल्प स्तर रक्त-अवमिष्टता, मूत्र-विसर्जन में कुछ कमी, दुबलापन (शरीर के भार में कमी), वर्धित क्लान्ति।

विसरित नार्चर्मशोथ अक्सर मौसमी होता है। रोगी की दशा अक्सर गर्मियों में सुधर जाती है और जाड़ों में बिगड़ जाती है। कुछ केसों में प्रक्रिया के साथ-साथ ब्रोंखी दमा, परागज ज्वर, कुंभीप्रेरकीय नासाशोथ तथा अन्य परोत्रिक रोग होते हैं। प्रक्रिया का इंपेतिगीकरण और दद्रुकरण भी संभव है (वस्तिकायन का विकास, अल्पकालीन रिसाव, तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी)।

विसरित नार्चर्मशोथ को यदि गदोतलोचनी दृष्टि से देखा जाये, तो वह निम्न लक्षणों से लक्षित होता है—परा एवं अतिशृंगनता, हल्के कंटलयक्लेश, आतर एवं अतराकोशिकीय शोफ, पिटिकाओं के शोफ, गोल-कोशिकीय (लसोतकोशिकीय) अतस्यदन, जो अधिकांशतः सुचर्म में हल्का विस्फारित कुभियों के गिर्द पाया जाता है।

स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ सीमित चर्म-क्षेत्र पर ही उत्पन्न होता है, लेकिन



### स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ (विडाल का शैवाक)

कारण वह रोगी के लिये बड़ा यन्त्रणादायक होता है। खुजली शाम उत्पन्न होती है। इसके प्रिय स्थल हैं—गरदन की पश्च और पार्श्व व जननेन्द्रिय के क्षेत्र (इन रोगियों में जांघ की मध्य सतह भी ग्रस्त रहती है), नितंबों के बीच का पुटक, वृहत् संधियों की। शुरू में रोग-स्थल पर त्वचा अपरिवर्तित रहती है। बाद में बनावट की पिटिकीय क्षतियां उत्पन्न होती हैं, जो चीकर जैसे होती हैं; कहीं-कहीं खुजली से खरोंचें भी बन जाती हैं। इसके बाद अधिकांशतः शैवाकवत् पिटिकाएं संगम कर जाती हैं और विभिन्न रंगों (सतत पिटिकीय अतस्यदन) बना लेती हैं, जिनका रंग फीका या लाल तक हो सकता है; उनकी परिरेखाएं गोल (वृत्ताकार) या अशुद्ध। चर्म पर नक्काशी जैसी आकृतियां स्पष्ट होती जाती हैं, अर्थात् प्रकसित होने लगता है। त्वचा कीमुख जैसी होती जाती है। चर्मशोथ में प्रक्रिया जब अपनी पराकाष्ठा पर होती है, तब विशिष्ट तार के कटिबंध पाये जा सकते हैं—केंद्रीय कटिबंध (शैवाकीकरण बंध, जिसमें अलग-अलग चमकदार, अक्सर चिकनी और फीके पिटिकाएं होती हैं, और अंत में परिसरीय कटिबंध, जिसमें भी जाती है। निस्त्वचन (ताजा या रक्तसावी खड्डियों से आच्छादित) की पृष्ठभूमि पर देखी जाती है, जिसकी प्रकृति अशोथी होती है। होने पर गुणों में संगमित शैवाकवत् पिटिकाओं के अतिरिक्त



[illegible]

ऊतगदलोचन - एष सोमना १०३ पञ्चदशानाम् विष्णुस्य सोमं सुतमना, कृतम्,  
प्राप्तिकामय न अन्तरं प्रतीक्षन्तमना मृगाम पलाय कं नमस्कृत्य प्राप्य प्राप्तिं गता  
ह ।

**चिकित्सा**—विमानन प्राक्कृत रक्त रोगियों के लिए प्रयोज्य चिकित्सा न मनोथेरापी के साथ-साथ पालिशार्था (पुशओर्या) एवं अक्सलटनरी से वर्गिफ़ैन्टाइड हार्मोनो (उबाजोन पर्याय मेथिलप्रेंदनीनाल्शन, इस्सामेथाजन) को अन्य खुबक धीरे-धीरे बढ़ती मात्रा में प्रनिमित्त की जाती है; ये हार्मोन निम्न स्थितिओं में दिय जाते हैं—रोग के कटानी प्रवाह में, मोध खुबनी में, आक्रान्ति-जीविकत के प्रकीर्णन की प्रवृत्ति में। और जब चिकित्सा को अन्य रीतियों से फाइ लाभ नगर नहीं आता। नर्वतंत्र को कार्यशीलता को सामान्य करने तथा नवकनेतिक प्रान्रिया कम करने के लिये निम्न का उपयोग किया जाता है—मिथोनेडा (स्वापन के माध), ब्रोमाइड के प्रसाधन, बालेरिआना, नवधाती प्रसाधन (मेप्रोबामेट, ईरभावस्तातीन, खनोरडिआजेपोक्सीट, लिद्रिउम, यद्प्रमेन), गुठिका-अवरोधकारी प्रसाधन (नानार्किन, खनोरप्रोमाजीन हाइड्रोक्नोगाइड, इवसामेशॉनियम आदि) और एंटीस्टिमौनिक प्रतिकंडुक प्रसाधन (टावेजिल या टार्जिल, डिमेंटान, सुप्राग्निन, डिप्राजिन आदि)। बी-सकुल के विटामिन और घिटामिन पी-पी तथा ए प्रलिखित किये जाते हैं (बच्चों के लिये विकीर्ण रूप में और बड़ों के लिये विटामिन ए का तेल में सॉल्वन घोल के रूप में; विटामिन ए और ड अंतर्पेशीय सुई के रूप में अलग-अलग या एगिट के रूप में दिये जाते हैं)। अधेड रोगियो को मेथिलटेस्टोस्टेरोन प्रलिखित किया जाता है। सल्फरित हाइड्रोजन तथा रेडोन के घोल में स्नान, पराबैगनी विकिरण और सौर चिकित्सा (फोटारसायनथेरापी) भौतिकीय चिकित्सा के साधन हैं। गंदे, बलूत की छाल या गुलदाउदी (कैमोमीले) के काढ़े के साथ स्नान की भी सलाह दी जा सकती है। स्नान के बाद शुष्क चर्म-क्षेत्रों पर कोई पोषक क्रीम (lanoline, ol olivarum, Aq. destill aa 30 0) या जेतून (ओलिव) का तेल लगाया जाता है। नाफथालान, टार, सल्फर, इख्यामोल, ASD घोल आदि के साथ केराटो-प्लास्टिक मलहम लगाये जाते हैं।

कोर्टिकोस्टेरोइडों से युक्त मलहम (सीनालार, लोकाकोर्टेन, फ्लूसीनार, फ्लोरोकोर्ट आदि) ग्रस्त क्षेत्र में लगाये जाते हैं। अनीलीन रंजक, कास्टेलानी का पेन्ट और ओक्सीकोर्ट, जेओकोर्टोन (गेओकोर्टोन), लोकाकोर्टेन N, लोकाकोर्टेन-विओफोर्म मलहम द्वितीयक पैठन में प्रयुक्त होते हैं। विसरित एवं प्रकीर्णित नार्वचर्मशोथ के



रोगियों की तरह स्थानाबद्ध रोग प्रक्रिया वाले रोगियों को भी प्रशामक और एंटीहिस्टामीनिक प्रसाधन, मसालों, स्मोकड (धूमायित) खाद्य पदार्थ और नमक के विहीन आहार दिया जाता है। अल्कोहलिक पेय और खुजली व चर्मशोथ तीव्र करने वाले आहार से पूर्ण परहेज किया जाता है। स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ में आक्रांति-अधिकेद्र के गिर्द 0.15 प्रतिशत साद्र मेथीलीन नीला घोल की सुई दी जाती है (उसके साथ बेन्केन या प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड का 2 प्रतिशत साद्र घोल और जेलाटिन या पोलिवीनिलपीरोलीडोन का प्रोलौंगेटर मिलाकर)। अधिकेद्र के स्पष्ट शैवाकीकरण और अतर्प्यदन में अधिकेद्र के गिर्द हाइड्रोकोर्टिजोन इमल्शन की सुइयां वाछनीय हैं। बक्की की किरणों द्वारा चिकित्सा से भी लाभ होता है उसे बनाये रखने के लिये और पुनरावर्तन का निरोध करने के लिये गर्मियों में किसी दक्षिणी इलाके में व्यतीत करने की सलाह दी जाती है। साथ-साथ युक्तिसंगत स्वास्थ्यप्रद दिनचर्या, चिरकालिक पैठन-अधिकेद्रों की चिकित्सा और आहारीय, औषधीय तथा घरेलू परोर्जको (जानवरो के रोजो, दैनंदिन जीवन में प्रयुक्त रसायनों, घरेलू धूल आदि) से बचाव भी आवश्यक होता है।

## सामान्य मुंहासा

यह चर्म का एक सामान्य कौस्मेटिक रोग है। यह यौन परिपक्वता के आरंभ में शुरू होता है, क्योंकि इस समय गोनाडोट्रोपिक हार्मोनो के प्रभाव से वपाल ग्रंथियों की कार्यशीलता बढ़ जाती है। ऐंड्रोजन हार्मोन स्त्री-पुरुष दोनों में मुंहासों के स्फोट को तीव्र कर देते हैं। एस्ट्रोजनों की उच्च खुराकें वपाल ग्रंथियों के स्रावी कार्य को दमित कर देती है और क्षतियों को प्रगामी बना देती है। मुंहासों का निकलना मासिक धर्म शुरू होने से पूर्व तीव्र हो जाता है। सगर्भता का प्रक्रिया पर लाभदायक प्रभाव पड़ता है, क्योंकि हार्मोनिक संतुलन सामान्य रहता है।

वपास्राव, साथ-साथ अनुकंपी पारमस्तिष्क-केद्र की तदनुरूप गड़बड़ियां और वपा की संरचना में परिवर्तन—यह सब रोग के विकास में सप्रेरक घटक है। हेतुलोचनी घटक स्ताफिलोकोको की गदजनक जातियां और मुंहासे के कोरीनेबाक्तेरिउम एक्ने है। अतिपुसजता के अतिरिक्त रोग के प्रति प्रवणकारी घटक निम्न है—जठरांत्र-मार्ग की गड़बड़िया, अविटामिनता, रक्ताल्पता, आनुवंशिक प्रभाव और आहार एवं द्रव्य-विनिमय की प्रकृति। इसके प्रिय स्थल चेहरा और वक्ष एवं पीठ के ऊपरी भाग है।

वपा के वर्धित स्राव और मशिकीय अतिशृंगनता के कारण वपाल ग्रंथियों के मार्ग केराटोटिक (शृगी) प्लगो से अवरुद्ध हो जाते हैं (इन प्लगों को कीलें कहते



ह)। वपा के जमाव और पूयकारी पैठन के कारण शोथी पिटकीय एवं पीपिकीय मुहासे जैसी क्षतिया उत्पन्न होती है। अधिकेद्र संगमिन होते हैं और अधिक गहरी परतों तक बंधकर पहुंच जाते हैं, वे कठोरित एवं अतस्म्यदित हो सकते हैं। विद्राधिया बन सकती है। ऐसे केसो में निर्वर्णकित क्षताएं रह जाते हैं, जिससे चेहरे पर तरह-तरह के दाग और गह्वे नजर आने लगते हैं। किस प्रकार की क्षतिया प्रबल है, इसके आधार पर निम्न प्रकार के मुहासों में भेद किया जाता है—विमृत्तिक (चेचकसदृश) मुहासे, कुपोपज मुहासे और सकुली मुहासे (सगमरत वर्तुलाकार कीले)।

ऊतलोचनी आधार परिमशिकीय अतस्म्यद और वपाल ग्रथियों का फुलाव, रोध और कुपोपण है।

**विभेदक निदान** पीपिकीय सीफिलिदों, आयोडाइडों व ब्रोमाइडों से उत्पन्न स्फोटों के साथ किया जाता है।

**चिकित्सा**—उग्रता-काल में रोगी को प्रतिजीवक दिये जाते हैं, मुख्यतः तेत्रासिकलीन, ओलेतेत्रिन (250000U प्रतिदिन तीन या चार बार, 20 दिनों तक) और एरीथ्रोमीसिन, विटामिन E, A, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, B<sub>16</sub>, फोलिक व नीकोटीनिक अम्ल और मुखभार्ग से सल्फर के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं। द्वितीयक पूयकारी पैठन द्वारा उत्पन्न क्लिष्टता की स्थिति में स्ताफिलोकोकी टोक्सोइड, एंटी-स्ताफिलोकोकी गामा ग्लोबूलिन और स्वरक्त-चिकित्सा की सलाह दी जाती है। एसीडीन-पेप्सिन (एक भाग पेप्सिन और चार भाग एसीडीन की गोलिया या बेटार्डन हाइड्रोक्लोराइड) पानक्रेऑटिक प्रसाधन और विरेचक (दस्तवार साधन) पाचन को ठीक करने के लिये दिये जाते हैं। जननहार्मोन (एस्ट्रोजन) रोगी की उम्र और उसके अतस्म्यद तंत्र की अवस्था को देखते हुए प्रलिखित किये जाते हैं।

बाह्यतः त्वचा को निस्स्नेहित और निष्पैठित करने वाले प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं। इसके लिये निम्न के अल्कोहलिक घोल प्रयुक्त होते हैं—रेसोर्सिनोल, सैलीसीलिक अम्ल, कैफर पारद क्लोराइड (0.5 प्रतिशत) खीमोप्सिन (ट्रिप्सिन के साथ खीमोट्रिप्सिन) और खीमोट्रिप्सिन। वपास्राव-शामक प्रसाधन भी दिये जाते हैं। सल्फर, रेसोर्सिनोल और डेक्थ्रामोल के जलीय निलबन (सस्पेंशन), इनकी सांद्रता धीरे-धीरे बढ़ायी जाती है।

कुटाली केसो की चिकित्सा में बाक्टेरिक् पीरोजन (पीरोजेनल, प्रोडीजिओजान) के साथ प्रतिजीवक का प्रयोग किया जाता है, कीनो और पीटको को दूर किया जाता है। मुहासे के दूर होने के बाद सल्फर-टार से युक्त पाउडर और कैफर या ख्लोराफेनीकोल स्पीरिट या कुम्मेरफील्ड (Kummerfeld) का घोल प्रयुक्त होता है।

xp      1 amp 0.7 17 3  
 Gamma radiation 22 17  
 Sulphur pp 100  
 Aq. Calor ad 100.0

MDS. अधिकतम 100 ग्राम प्रति 100 ग्राम पदार्थ

परावेगनी किरण और फोटोसावन विद्युत् (17-18 दशांश) सुसंयोजित  
 हैं।

## लाल मुहासा

लाल मुहासा मुख्यतः तैल वषाम्बाज से पीड़ित गाँवों में शरीर-गठनात्मक  
 कुम्भिक नर्वक्लेश की एक अभिव्यक्ति है। नंगरक घटक है—जन्मन की गड़बड़ियाँ  
 (जठरशोथ, अक्सर अवाम्नीय या अनम्नीय और आत्र शोथ), पनरू नर्वक्लेश,  
 रजोनिवृत्ति और जाड़ों के समय खुले में या तप्त उत्पादन-प्रक्रिया वाले कर्मालय में  
 श्रम। डेमोडेक्स फोलीकुलोसम (वपाल ग्रंथियों की एक कृणपतृण विघटी) कुछ  
 रोगियों में निर्वाहक (सस्टेनिंग) घटक का काम करती है। रोग अधिकतम 100 ग्राम  
 को 40 से 50 वर्ष की उम्र में होता है।

रोग नाक, गालों और ललाट के मध्य भागों पर लाली से शुरू होता है, जो  
 गर्म व क्षोभक भोजन, अल्कोहल तथा रागात्मक घटकों से तीव्र हो जाती है। इनके  
 बाद दूरकुभीविस्फारण और फिर परिमशिकीय पिटकों की उत्पत्ति होती है। लाल  
 मुहासा (या रोजासिया) शुद्ध रूप में भी हो सकता है, लेकिन अक्सर सामान्य  
 मुहासे और द्वितीय पैठन से क्लिष्ट हो जाता है।

रूपलोचनी अभिव्यक्तियों के अनुसार इस रोग के निम्न रूप (चरण) होते  
 हैं—(1) ललामक्लेशिक रोजासिया, स्थायी रक्तम्फीति, इसकी पृष्ठभूमि में सतही  
 दूरकुभीविस्फारण के जाल का विकास, चर्म का मोटा और चिकटा (तेलचट) होना,  
 अतिपोषित वपाल ग्रंथियों के मुहानों का विस्फारित होना, (2) पिटकीय रोजासिया,  
 सतही मुहासा-सदृश मशिकीय पिटक; कीलों (कोमेडोनो) की अनुपस्थिति; (3)  
 पीपिकीय रोजासिया, पीपिकाए, जिनके मध्य में पृथमृति होती है; (4)  
 ततुकुभी-विस्फारक रोजासिया, पर्याय अतिपोषित रोजासिया (रीनोफीमा-लुडित  
 नाक); लुडित (लोबुलेटेड) बैंगनी, मुलायम लस्त गुल्म; पीपिका, दूरकुभीविस्फारण  
 और क्षताक।

चिकित्सा के रूप में निमित्त कारणों को दूर किया जाता है—अतस्वी  
 गड़बड़ियों की चिकित्सा, जनन-उपकरणों की गड़बड़ियों और रोगों को दूर करना,  
 पेट व यकृत के रोगों का इलाज, मलविसर्जन का सामान्यीकरण। आहार में क्षोभक

पदार्थ नहीं होने चाहिए अल्काहल गर्म पेय और मसालों से परहेज करना चाहिए ग्लूकोसामिन-ग्लूकोन और बी-सकुल के विटामिन मुखमार्ग से दिये जाते हैं।

द्वितीय पैठन की स्थिति में मुखमार्ग से त्रेत्रासिक्लीन दो या तीन सप्ताह तक या ग्लूकोसामिन-ग्लूकोन-आमिनो-आक्रीडीन लैक्टेट 10 दिनों तक नित्य तीन बार प्रलिखित किया जाता है।

बाह्य वपास्त्राव-शामक चिकित्सा हिओक्सीजोन या लोरिडेन (1) मलहम के साथ 30 प्रतिशत सल्फर से युक्त मलहम द्वारा होती है (अंतिम में पहले सल्फरयुक्त मलहम एक-तिहाई मात्रा में रखते हैं, फिर दोनों मलहम आधा-आधा मिलाकर प्रयोग में लाते हैं); इख्थामोल-रेसोर्सिनोल पेस्ट भी लाभकर होता है। बारी-बारी से गर्म और ठंडे पानी से धोना भी कुंभिक तानता बढ़ाने के लिये अच्छा होता है। धूप और फ्लुओरीडेटेड कोर्टिकोस्टेरोइड से परहेज करना चाहिए।

रीनोफीमा की चिकित्सा कर्जिक रीति से स्क्राल्पेल या छूरी द्वारा या ताप-दागन (थर्मोकाउटराइजेशन) द्वारा अतिपोषित प्रवर्ध को दूर करने से होती है। प्रारंभिक चरण में कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ द्वारा शीत-चिकित्सा या केश-विद्युत् (हैंयर-एलेक्ट्रोड) द्वारा आयुरी पारतापन भी लाभकारी उपाय है।

Rp : Sulphur pp  
Glycerini  
Aq Amygdalarum amar  
Aq Calcis ad 10.0  
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

Rp . Resorcini  
Sulphur pp 5 0  
Calcii carbonici  
Zinci oxydati  
Ol Lini  
Aq Calcis 100 0  
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

## अपशल्की चर्मरुणता (लाइनर का रोग)

रोग का हेतुलोचन अभी तक स्पष्ट नहीं हो पाया है। रोग के कारणों से संबंधित कई विचार प्रस्तुत किये गये हैं। उदाहरणार्थ, लाइनर यह मानते थे कि रोग स्व-आगरण से होता है, क्योंकि उनके अनुभव में इस रोग की चर्म-क्षतियों के साथ-साथ जठरांत्र की गडबडियाँ अवश्य मिलती थीं। अन्य वैज्ञानिकों का मानना

[illegible]

विभेदक निदान बगाम्बावी दिनाइ, सीफिलिसी बुदबुदिया, रिडर क रोग, कादीदक्लेश और नवजात के तीव्र बहुमार्मिक बुदबुदिया के साथ किया जाता है, जो सीफिलिसी बुदबुदिया की तरह ही बाक्तेरीस्कोपी कं धनात्मक (सकारात्मक, पुष्टिकारी) परिणामो और वुल्लानुमा क्षतियों की उपस्थिति से विभेदित होता है। रिडर का रोग धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और मुंह कं गिर्द शुरू होने वाली क्षतियों से लक्षित होता है।

चिकित्सा—विटामिन A, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, C, H दिये जाते हैं। विटामिन ग्व (बिओटिन) 0.003-0.005 ग्राम की खुराकों में नित्य तीन बार दिया जाता है। रक्त-चिकित्सा और गामा ग्लोबूलिन की सुइया वाछनीय होती हैं। प्रतिजीवको (सेपोरिन, ओलेटेट्रिन आदि) से और तीव्र केसों में कोर्टिकोस्टेरोइडों तथा अनाबोलिक हार्मोनों से लाभकारी प्रभाव मिलता है। विवेकसंगत आहार और ठीक समय पर

ऊपरम दुग्ध पान का प्ररध करना चाहिए बच्चों की सफाई सबधी देखभाल में पोटेशियम परमेगनेट या वलूत की छाल (अथवा गेदे) के कांटे के सुसुम (47.5-38.4%) घोल में आपादमस्तक स्नान बहुत महत्वपूर्ण है। त्वचा में कार्टिकोस्टेराइड मलहम और विटामिन ए व 5 प्रतिशत नाफथालान (या 3-5 प्रतिशत सोडियम रांग्ट) में युक्त क्रीम लगाया जाता है।

**भविष्यवाणी**—यथासमय युक्तिसंगत चिकित्सा, पर्याप्त भोजनचर्या और सफाई संबंधी देखभाल से बच्चा कुछ सप्ताह में ठीक हो जाता है।

**आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ (डानबोल्ट-क्लोस का रोग)**—यह एक जीनीचर्मक्लेश है, जो खमीरी त्रिप्तोफान के व्यवधानित विनिमय और शरीर में जस्ते की कमी से संबंधित है। यह अवगामी स्वकायिक प्रकार (रिसेसिव औटोसोमल टाइप) द्वारा विरासतित होता है। यह शायद गर्भावस्था में उत्पन्न गरलक्लेश के कारण बाह्य भ्रूणचर्म का जन्मजाल कुविकास माना जा सकता है। कांटीदक्लेश और पूयकोकी पैठन रोग के तत्पिक प्रवाह को निश्चित रूप से प्रभावित करता है। रोग जीवन के प्रथम वर्ष में, अक्सर जन्मोपरांत प्रथम सप्ताह में विकसित होता है; वयस्को में बहुत विरल होता है।

वस्तिकीय-बुल्लेदार या ललामिक-रिसालु क्षतियाँ नैसर्गिक द्वारों (मुख, पृष्ठद्वार) के गिर्द, चर्मपुटकों में, मूलाधार में या हाथ-पैर के परिसरीय भागों (उगलियों) पर उत्पन्न होती है (जिन पर यांत्रिक चोट लगी होती है)। नखों में कुपोषणजनित परिवर्तन प्रेक्षित होते हैं। पटलित खर्जूरूपी शल्कन अधिकेद्रों पर बाद में विकसित होता है। मुख-श्लेष्मला अक्सर ग्रस्त हो जाती है। हाथ-पैर के नख विकृत हो जाते हैं। शिरोवल्क, पलकों तथा भौहों पर खल्वाटता (निर्लोमता) या बालों की विरलता शुरू हो जाती है। स्फोटों के साथ-साथ जठरांत्र की गडबडियाँ, पलकशोथ, प्रकाशभीति और दुर्बलता प्रेक्षित होती है।

औटोप्सी से आंत्र-व्रण और छोटी-बड़ी दोनों आंतों का शोथ प्रेक्षित होता है।

आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ का निदान करने में निम्न रोगों की संभावना दूर करनी पड़ती है—बुल्लेदार अधिचर्मलय, प्राथमिक चर्म कांटीदक्लेश (खमीरी कवकों के परीक्षण से), ड्यूग्गि का रोग और पीपिकीय खर्जूक्लेश।

**चिकित्सा**—ओक्सीक्वीनोलीन के उत्पाद प्रलिखित किये जाते हैं; ये हैं—एटैरोसेप्टोल (0.125-0.25 ग्राम नित्य दो बार, 5 दिन के अंतराल के साथ 10-10 दिन के चक्रों में, कुल पाँच चक्र) और निस्टाटिन (500000U नित्य तीन या चार बार 14 से 18 दिनों तक)। विटामिन B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, PP और एवोटुम प्रलिखित किये जाते हैं।

हाल में अच्छा प्रभाव जिक के प्रसाधनों से प्राप्त किया जा रहा है। जिकी

हटा या ज़िन्का वाष्पीकरण, 1/4 चम्मच B, को 1 : 5 गुणम  
 त्तो में मिलाने है, मुखवास में 1 दिन में 1" से नीचे बाहर चलाए  
 20 दिन के चक्र दोहराये जाने है। एंटीगैंग्वायर की सहाय  
 ता सकती है—नीचे खाने से कम से कम 20 दिन में 10-15  
 पर में बाटकर दी जाती है। खाने गान में जगड़क है वह  
 ग्राम तीन बार खाने के बाद दिया जाना है। विशिष्टता बस 10  
 10 दिन के चक्रों में की जाती है।

बाह्य प्रयोग की दवाएँ हैं—अनोनीन रक्तकों के अर्वाय पान,  
 1R औथोसिआनिन, कोलीमीनिन (नेओमीसिन) डोल औथोसि:  
 नीसिन, हिओक्सीजोन, लोरिडिन C और नोकायोटोन N या।

## बालों के रोग

### स निरूपित खोतेदार खल्वाटता

खोतेदार खल्वाटता (निलोमिता) में शिरोवल्क, दाढ़ी, घोंगा,  
 धुन के परिसीमित गोल क्षेत्रों से बाल झड़ जाते हैं। औषध





प्रसार करत हुए अक्सर सगमित हो जाते हैं और के विस्तृत क्षेत्र बना लेते हैं, जिनकी किनारिया बहुचक्रीय (पोलीसाइक्लिक) होती है।

खल्वाटता के ताजे अधिकेंद्र ललाभिक और शोफित होते हैं। बाद में आक्रान्त वर्म चिकना हो जाता है और हाथी-दात के रंग का हो जाता है। अक्सर अधिकेंद्र के लोमों (बालों) के कुछेक मिलीमीटर लंबे ठूठ रह जाते हैं; इनकी जड़े हल्का शोफित होती हैं और इनके शिखर पतले तथा प्रश्नवाचक चिह्न की तरह हो जाते हैं। इन बालों को सरलता से दूर किया जा सकता है। सिर पर सूक्ष्म अधिकेंद्रित खल्वाट क्षेत्रों वाली निर्लोमता कभी-कभी बच्चों में पायी जाती है। इसे सूक्ष्मचित्तिक निर्लोमता कहते हैं।

प्रवाह—रोग कई महीनों और कभी-कभी वर्षों तक चल सकता है, पुनरावर्तित होता रहता है और कुटाली होता है। ठीक होने पर पहले कोमल रोए निकलते हैं, बाद में इनकी जगह पर मोटे (सामान्य) और वर्णकित बाल उग आते हैं।

हेतुलोचन अज्ञात है।

गदजनक महत्त्व निम्न घटकों को दिया जाता है—शरीर की विभिन्न गड़बड़िया (गरलताजनित, पैठनजनित, अतर्खावी, द्रव्य-विनिमय संबंधी, नार्वाअंतर्खावी और कुपोषणजनित नर्वक्लेशिक); पराढालवत एवं ढालवत ग्रथियों की अवक्रिया, अवकोर्टिकता (हाइपोकोर्टीसिज्म); शरीर में जस्ते की कमी, त्रिप्नोफान-विनिमय में गड़बड़ी, अविटामिनता, स्व-इमूनी एवं विलंबित पैठी-परोर्जिक अवसवेदिता।

इस रोग के साथ-साथ निम्न सवृत्तिया प्रेक्षित हो सकती हैं—एओजीनोफीलिया, लिफोसितोसिस, क्षेत्रीय लसग्रथिशोथ, नखों का कुपोषण और सिरदर्द। कुछ केस ऐसे भी मिलते हैं, जिनमें शिरोवल्क, भौंहों, पपनियों और पूरे शरीर के सारे बाल (लोम, केश, रोए) झड़ जाते हैं। पूर्ण दुर्दम निर्लोमता उन रोगियों में विकसित होती है, जिनमें आनुवंशिक कुयोग, अवढालवत्ता और अवकोर्टिकता होती है।

बच्चे कभी-कभी रोग के एक बहुत ही कुटाली रूप से ग्रस्त हो जाते हैं, जिसमें खल्वाटता की टेढ़ी-मेढ़ी पट्टी पश्चकपाल से कानों तक पहुंच जाती है (सेल्सस की सर्पता, सीमेन्स की सीमावन्त खल्वाटता)।

कवकों के लिये बालों और शल्को के सूक्ष्मदर्शन के नकारात्मक परिणाम, सीरमलोचनी परीक्षणों के नकारात्मक परिणाम और सीफिलिस की अन्य अभिव्यक्तियों की अनुपस्थिति द्वारा इस रोग को सीफिलिसी खल्वाटता और शिरोवल्क की कवकता से विभेदित किया जा सकता है।

चिकित्सा—निम्न औषधिया प्रलिखित की जाती हैं—विटामिन A, E, C, H, D<sub>2</sub>, B संकुल और साथ ही निकोटिनिक, पाटोथेमिक तथा फोलिक अम्ल एवं फूरोकोउमारिन-प्रसाधन (बेरोक्सान, प्सोरालेन, आमीफूरिन, मेलाडीनीन)। हार्मोनिक

चिकित्सा (AC III. कार्बोकार्बोहाइड्रेट- जोर प्रभावक प्रयुक्त होते हैं।

बाह्य चिकित्सा में स्थानिक रक्तमर्फीन उत्पन्न करने वाला नाना-वर्णक नाना साधन प्रयुक्त होते हैं। अल्कोहल के तथा अन्य घोल जिनमें मत्स्य-सर्वीयनिक अम्ल और क्लोरोल हाइड्रेट मिले रहते हैं। मृदु-पदार्थ का प्रयोग नाभ्यीकृति, मेलाडीनीन आदि में मालिश, जिसमें बट परावर्तन निर्धारण और प्रोशोपमाधरपी (PUVE-थेरापी), स्टैरोइड क्रीम और नापथालान आदि।

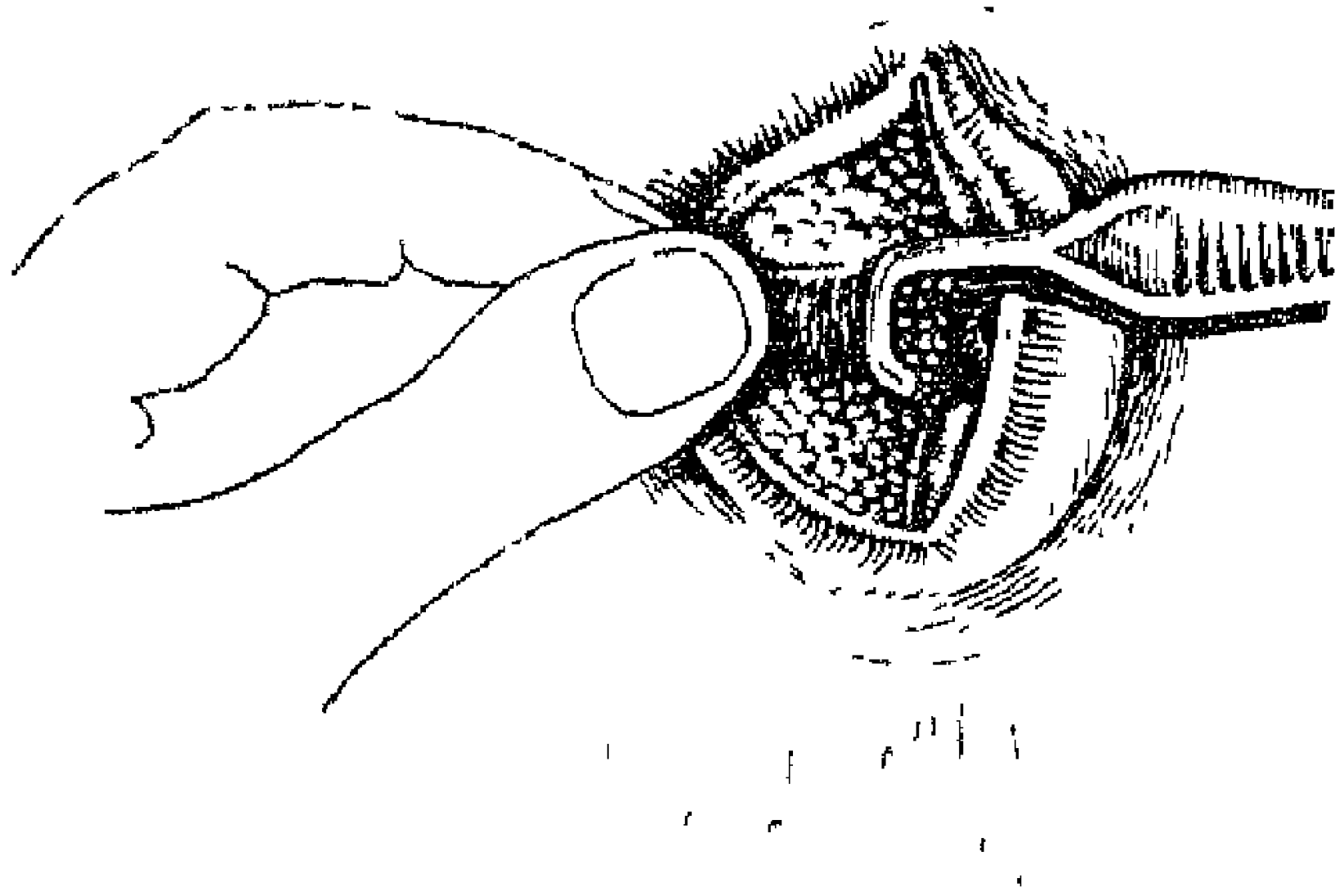
Rp T-rae Cantharidis  
Resorcin  
Ac. Salicylici 5.0  
T-rae Capsici 10.0  
spiritus vini 96% ad 100.0  
Glycerini 3.0  
Ol Ricini 10.0  
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये  
Rp Sulphur pp 10.0  
Spiritus camphor 25.0  
Glycerini 15.0  
Ac lactic 1.0  
Aq destill. 120.0  
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

वक्की की सीमांत (वोर्डरलाइन) किरणों, पराबैगनी विकिरण और (दामोवालीकरण—उच्च आवृत्ति एवं उच्च वोल्टता की प्रत्यावर्ती-विद्युत-धारा का उपयोग) भौतिकीय चिकित्सा की लाभकर रीतियाँ हैं। कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ और वीनिल क्लोराइड से शीत-चिकित्सा, शीत-मालिश और विद्युत्प्रश से मालिश का भी उपयोग होता है।

## चर्म-वर्णकता की गड़बड़ियाँ

चर्म की वर्णकता तीव्र हो जाती है (अतिवर्णकता) या क्षीण (अवर्णकता)। वर्णकता की गड़बड़ियाँ द्वितीयक हो सकती हैं (किसी प्राथमिक या द्वितीयक चर्म-क्षति की अवगति या उपशमन के बाद) या प्राथमिक। अतिवर्णकता चर्म में मेलानिन नामक वर्णक का उत्पादन तीव्र होने से विकसित होती है। अवर्णकता मेलानिन के अपूर्ण उत्पादन या उसकी बिल्कुल अनुपस्थिति से होती है।

झौरिकाण और खलोआज्मा (अक्सर गर्भवती स्त्रियों के चेहरों पर कथर्ड भूरे



शिवत्र

धब्बों) सीमित अतिवर्णकता से संबंधित है, जबकि शिवत्र (वीटीलीगो) और विरल सवृत्ति निरजता मेलानिन की अनुपस्थिति से लक्षित रोगों से संबंधित हैं।

## शिवत्र

शिवत्र धड़ या हाथ-पैरों के चर्म-क्षेत्रों पर मेलानिन के लोप से लक्षित होता है। यह किसी भी उम्र के लोगों में पाया जा सकता है, लेकिन अधिकांशतः बचपन और किशोरावस्था में होता है।

हेतुलोचन और गदजनन अज्ञात है। अंतर्जातीय गडबडियों के सिद्धांत और रक्त में तांबे, लोहे व सूक्ष्म पोषक तत्वों (ट्रेस एलिमेंटों) की कमी या मेलानोजेनन में भाग लेने वाले खमीरों की सक्रियता में कमी या उसके पूर्ण दमन का सिद्धांत अधिकांशतः मान्य है।

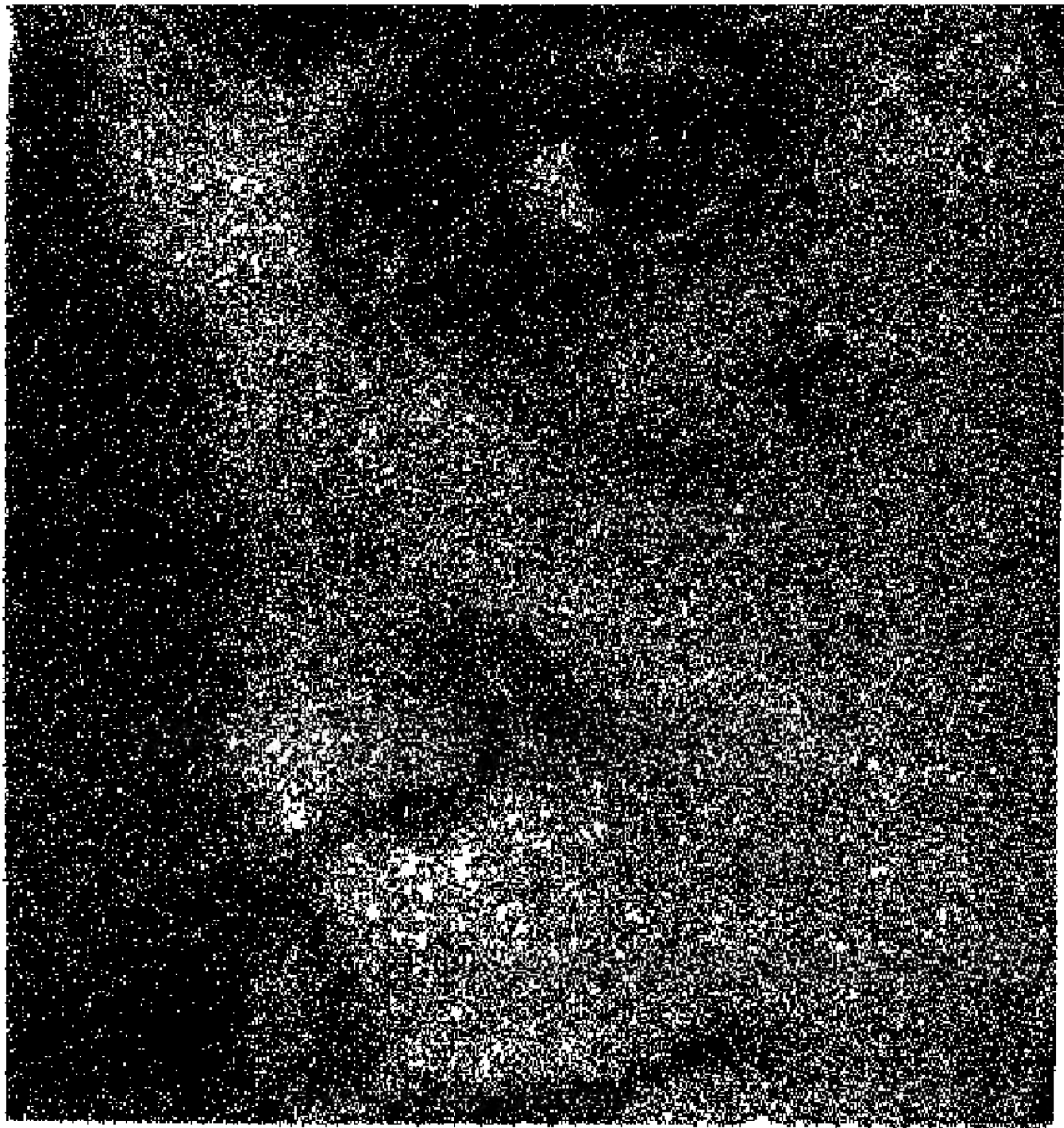
आक्रांति अक्सर हाथों (हथेलियों के पीछे) और धड़ पर सममित रूप से अवस्थित होती है और अक्सर वृहत् क्षेत्रों पर फैल जाती है। अतिवर्णकित बलयों से घिरे हुए वर्णकहीन श्वेत धब्बे बन जाते हैं। शिवत्र के क्षेत्रों पर लोम (रोए) बने रहते हैं, लेकिन अक्सर वे भी निर्वर्णकित हो जाते हैं।

निर्वर्णकित क्षेत्रों में कभी-कभी अतिवर्णकता के द्वीप भी देखे जाते हैं। शिवत्र के धब्बे संगमित हो सकते हैं, इस स्थिति में वे पेट, पीठ और नितबों के वृहत् क्षेत्रों

[illegible]

कलाशौचनी विन - विद्वत्क आचरंशो मे मेमांसेन श्री दृष्ट मन्त्रांश्चाति  
 तान् इत्येते विवादयो पर मेमांसिन का विरोध समस्त तन्त्र २ । अविमर्श के तहत  
 अविचर्ये तौर सूच्यमे मे इत्येते शीलो अक्रिया की पुनःप्राप्त होती जानी २ ।

है। मेनाथेनोन, आम्पीफूरिन, बेरोक्सान, प्योरालिन, क्लोजिन और प्योवगन : मेनाथेनोन खाने के पहले मुखमार्ग से दो या तीन बार ग्रहण किया जाता है (चिकित्सा के एक दौर में 200 से 400 टिकियां लगती हैं)। साथ ही शिवत्र के अधिकेंद्र मेनाथेनोन के अन्तर्कोशिक शील (1 : 1, 1 : 2) में घोंट किये जाते हैं और दो-तीन घंटे बाद 1-2 से 15-20 मिनट के लिये धमनीयनी चिकित्सा की सलाहमिक खुराक के प्रति अनावृत किये जाते हैं। चिकित्सा का एक दौर 15 से 20 अनाभूतियों में समाप्त होता है। चार से छः सप्ताहों के अंतर्गता पर इस चिकित्सा के तीन या चार दौर की सलाह दी जाती है। आम्पीफूरिन और बेरोक्सान बाह्य रूप में (चिचर की तरह) और मुखमार्ग से (0.2 ग्राम की टिकियों के रूप में) प्रयुक्त होते हैं (चिकित्सा के एक दौर में 250 से 300 टिकियां लगती हैं); इसके साथ-साथ 0.5 प्रतिशत सांद्र Sol. Cupri sulfurici के दस वृंद खाने के बाद दिन में तीन बार ग्रहण किये जाते हैं। फूरोकूमरिन से चिकित्सा के साथ-साथ धमनी दाब पर निगरानी रखी जाती है, मूत्र व रक्त की जांच करायी जाती है। कोर्टिकोस्टेरोइडों की हल्की खुराकें कुछ केसों में कारगर सिद्ध होती हैं। नन्हे शिवत्र-अधिकेंद्रों में 0.2-1 मिलीलीटर हाइड्रोकार्टीजोन-निलंबन की सुइया (कुल 5-10 अवधारण सुइयां) कुछ केसों में वर्णकता को पुनर्स्थापित कर देती हैं। विटामिन B<sub>1</sub> व B<sub>2</sub> और निकोटिनिक अम्ल प्रलिखित किये जाते हैं।



आधाराब

## दुर्दम चर्म-अर्बुद

**आधाराब या आधार-कोशिकीय कर्काब या आधार-कोशिकीय उपकलाब**

आधाराब चर्म-कैंसरों के लगभग 80 प्रतिशत केसों में पाया जाता है। यह बहुत औपचारिक रूप से ही दुर्दम चर्म-अर्बुदों के ग्रुप में शामिल किया गया है, क्योंकि अपवहन-रीति से इसका प्रसार विगल है और रोगी की इस रोग से मृत्यु कभी नहीं होती। हेतुलोचनी रूप से आधाराब अपभ्रूणीय (भ्रूण-विकास की) गडबडियो के साथ कही अधिक संबध रखता है, वनिस्बत कि कैंसरजनक क्षोभको के साथ।

तल्पिक चित्र मद वर्धन से लछित होता है। आधार-कोशिकीय उपकलाब नन्ही चित्ती, पर्विका या गोल परिसीमित अतिशृगनता से उत्पन्न होता है। लछक

(विशेषता सूचक) लक्षण निम्न है—एक। गुठलीयाँ रंग श्वेतों-रक्तों की अन्तर्संस्थान पतली और अपेक्षाकृत कठोर, शोफिन किनारी, जो त्वरक-प्रकार और दूर प्रभावित-कारण से विधी होती है। शोफ ५ क्षत्र में अलग-अलग बन्धन-चमकदार गाला त्वरक किनारे भी पाये जा सकते हैं, जो उपकलाव के लिए बन्धन की गठनोन्मूलन-प्रकार है, अधिकतम के मध्य में एक पिरिक बनता है, जिसकी-प्रकार-प्रकार है, फिर रंग पर खड़ी बनती है। अधिकतम क्रमशः चार्ज और प्राणत-प्रकार है। चार्ज-प्रकार प्रकाश में व्रणन (जो महीनों और वर्षों की अवधि में उत्पन्न होता है) सतह पर गठन-प्रकार-प्रकार फैलता हुआ बढ़ता है। व्रण की तली विक्रम-प्रकार है और बार-बार की गुजन सतत या अलग-अलग कणों के रूप में होती है, सूत्रन का प्रकृत्य-प्रकार-प्रकार होता है।

क्षताकन व्रण के केन्द्र और उसकी किसी एक किनारी पर एक साथ शुरू होता है। व्रण का गहराई में जाना कम प्रायिक होता है; यदि जाना है, तो उसका अतर्म्यद नीचे के ऊतकों और यहाँ तक कि आस्थियों को भी नष्ट करने लगता है।

ऊतलोचनी परीक्षण से पता चलता है कि कौशिकाओं में छले जैसा ध्वन हो रहा है। नाभिक बहुत बड़े होते हैं, प्रायोप्लाज्म बहुत क्षीणता के साथ-साथ होते हैं, जो अधिचार्म आधारीय कौशिकाओं की तरह ही होते हैं। इनमें-प्रकार-प्रकार नहीं होता और उन्हें चंद विद्युत-प्रकार-प्रकार-प्रकार के आधार पर पहचाना जाता है। उनका प्रायोप्लाज्म-प्रकार अधि-ऑस्मिऑफीलिया द्वारा लक्षित होता है। गुण-प्रकार में विस्तृत विषमताएँ नजर आती हैं।

यहाँ हम आधारार्ब के निम्न रूपों को संक्षेप में देखेंगे—(1) सनही आधार-कोशिकीय उपकलाव, जो मुख्यतः धड़ पर स्थित होता है और धाँस-प्रकार में बहुत धीरे-धीरे फैलने वाले धब्बे के रूप में व्यक्त होता है, इसके-प्रकार-प्रकार पनले व अपेक्षाकृत कठोर पिटकों का घेरा होता है; केन्द्र में शल्की खड़ी पड़ जाती है, जिसके-प्रकार-प्रकार पर अपोषित ललामक्लेशिक सतह नजर आती है, (2) चपटा क्षताकी उपकलाव सतही होता है और अक्सर कनपटी के चर्म पर बनता है, यह केन्द्र में क्षताकी-अपोषज परिवर्तनों और सूजी हुई किनारियों वाले विसर्पी उत्थर्ध द्वारा लक्षित होता है, (3) कठचर्मता जैसा आधारार्ब, जो छोटे-प्रकार-प्रकार आकार का धब्बा होता है, इसका रंग हाथी-दाँत की तरह होता है और यह अक्सर ललाट पर उत्पन्न होता है; (4) पर्विकीय उपकलाव, जो बाजरे से लेकर मटर के बराबर तक का गोल, कठोर गुल्म होता है, जो छोटी खट्टियों और क्षताको से ढंका होता है, यह ललाट, पलकों और शिरोवल्क पर होता है। एक कठोर, गहरे-प्रकार-प्रकार जैसे व्रण भी बनते हैं, जिनकी तली असमतल होती है (छेदक व्रण, जो अक्सर चेहरे के ऊपरी अर्ध पर होता है)। ये व्रण एक द्रुत प्रगामी विनाशकारी प्रक्रिया द्वारा लक्षित

ज्ञान हैं, जिसमें गहरे ऊतक की विमृति होती है; मोती के रंग के सृजन नहीं होते, अस्थियों और उपास्थियों का विनाश होने लगता है, तीव्र रक्तस्राव और छूने में दर्द होता है, लेकिन अपवहन की प्रवृत्ति नहीं होती (इनके सामान्य स्थल नथूने, कर्ण-पालिका, मुंह के कोने और पलक हैं)।

**चिकित्सा**—ओमैन (Oman) के मतानुसार, 5 प्रतिशत पोडोफीलिन वाजेलीन, शीत चिकित्सा और करोजिक पारतापन का उपयोग (व्रण बनने से पूर्व) लाभदायक होता है। निकट नाभि वाली एक्स-रे-चिकित्सा, रश्मिसक्रिय समस्थो का प्रयोग और अर्बुद को करोजन से दूर करना (जिसके बाद विकिरण और आवश्यकता पड़ने पर चर्मरोपण किया जाता है)—यह सब उपकलार्ब के व्रणन की अवस्था में लाभदायक होता है।

## कंटकोशिकीय उपकलार्ब

कंटकोशिकीय उपकलार्ब या चर्म की कांटल कोशिकाओं का कर्कार्ब वास्तविक शल्क-कोशिकीय कर्कार्ब है, जो दुर्दम अंतर्स्पर्दी एवं विनाशकारी प्रवर्ध एवं अपवहन द्वारा मुख्यतः लसजनक मार्ग से लक्षित होता है। यह विभिन्न रासायनिक या भौतिकीय क्षोभकों के कारण और श्वेतसिलत्व, श्वेतशृगनता, बुढ़ापे के शृगार्ब, वृद्धा के क्षतार्कों तथा एक्सरेजनित व्रणों की पृष्ठभूमि पर भी उत्पन्न होता है। विचर्ण त्वचा वाले रोगियों में इस रोग के प्रति प्रवणता अधिक होती है। कंटकोशिकीय उपकलार्ब सलही शल्की पिटकों के रूप में होता है। इन पिटकों से मसानुमा प्रवर्ध तेजी से बढ़ने लगते हैं; इनके केंद्रों में अपघटन शुरू हो जाता है और क्रेटर जैसे व्रण बनने लगते हैं। प्रारंभिक प्रसार अपवहन की विधि से क्षेत्रीय लसपर्वों तक प्रेक्षित होता है। अर्बुद चर्म के किसी भी क्षेत्र पर उत्पन्न हो सकता है, फिर भी इसके प्रिय स्थल नैसर्गिक द्वारों के गिर्द, मुख-श्लेष्मला (जीभ), गला, हथेलियों के पीछे और जबड़े हैं।

कर्कस (कैक्रोइड) कंटार्ब का एक अंतर्स्पर्दी रूप है। यह कठोर, मुश्किल से हिलने वाला पीडाहीन अर्बुदों के रूप में व्यक्ति होता है, जिनकी अवच्छिन्न (अ-सतत) किनारियां विदारों से कटी-फटी होती हैं। अर्बुद अक्सर व्रणित हो जाते हैं और सरलता से रक्तस्राव करने लगते हैं।

**पिटिकीय (पनपू) कांटल (कंटकोशिकीय) कर्कार्ब** एक एक्सोफीटिक चपटा मसानुमा अर्बुद है, जो फूलगोभी की तरह बढ़ता है, इसमें अपघटन की प्रवृत्ति होती है। इसके प्रिय स्थल निचला होंठ और जननेद्रिय के क्षेत्र हैं।

**ऊतगदलोचन**—अविशिष्ट (अविभेदित) कंटकोशिकाओं का जाल जैसा बहुलन और मोती जैसी केसोटिक कोशिकाओं के खोले पाये जाते हैं। अर्बुद की



कार्शिकाण मन्त्रम आर अनश्वनाम की वन्दना पढ़ने वाला है। यन्त्राज्जात्या  
सेवानुक्तइक अम्न की माना आर मन्त्रागे सावन्वना वरनी है। यन्त्राज्जात्या  
क्षारीय फाम्फात्रन की।

चिकित्सा—नकारनाम वाक्छे गुरु र निर्दिष्टता आ प्रयोग होता है। अर्क को विद्युत् करेजन से स्वस्थ ऊर्जा से मयत गुरुद्वारा प्रेरित किया जाता है, लक्षणों को दूर किया जाता है और इसके बाद गुरुवा चिकित्सा कर 10-15 प्रतिशत ऑक्सीजीनीसिन का मन्तव्य प्रयुक्त होता है।

## क्रव्याव

चर्म का क्रव्यार्ब प्राथमिक या द्वितीय (अपवहन से उत्पन्न) हो सकता है। क्रव्यार्ब अपरिपक्व योजक ऊतकों का एक दुर्दम नौवर्ध है। चर्म-क्रव्यार्ब शुरू में सुचल होते हैं (अपने स्थान से हिलड़ल सकते हैं, एक जगह दृढ़ता से जमे नहीं होते) और द्रुत वर्धन द्वारा लच्छिन होते हैं। इनके ऊपर का चर्म भी सुचल और अपरिवर्तित होता है। बाद में ऊपर का चर्म लाल-बेगनी हो जाता है और अर्बुद बहुत कड़ा हो जाता है, व्रणन एवं कर्षन जारी रखता है। प्रयत्नकाल स्वाव वाले गहरे व्रण बनते हैं। लसपर्वों तथा अस्थिर्यो तक अपवहन होता है। क्रव्यार्ब एक मेलानोकोशिकीय तिल से शुरू हो सकता है (अक्सर शॉटज क्षात के बाद, स्वतःस्फूर्त प्रक्रिया बहुत विरल है)। उसके बाद उसका अंतर्त्यदन शुरू हो जाता है, वह काला और वधित होने लगता है। परिसर में एक शॉधी बलव पाया जाता है। तिल व्रणित होता है, लसपर्वों, यकृत तथा मस्तिष्क की ओर अपवहन होता और रोगी की मृत्यु हो जाती है।

तीव्र प्रवाह ग्रहण करने वाले क्रव्याच में मृत्यु कुछ महीनों में हो जाती है।  
चिरकालिक प्रवाह में रोगी कई वर्षों तक जीवित रहता है।

## गर्म देशों के कुछ चर्म रोग

पिंता (स्पेनिश *pinta*, अर्थात् नन्हा धब्बा) एक चिरकालिक अ रनिज रोग है जो मुख्यतः मध्य एवं दक्षिणी अमरीका और पश्चिमी अफ्रीका के देशों में पाया जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा कारातेउम है, जो दैनंदिन निकट संपर्क से संक्रमण करता है।

एक से तीन सप्ताह के अतर्शयन-काल के पश्चात् प्राथमिक क्षति विकसित होती है। इसकी प्रकृति चपटे शल्की अ-व्रणित पिट्क की होती है, जो परिसर में प्रसार करता है और विस्तृत ललामिक-शल्की चकत्ते बनाता है। त्रेपोनेमा पालीडम



जैसे जीवाणु प्राथमिक अधिकेंद्रों में सरलतापूर्वक पहचान में आ जाते हैं; अधिकेंद्र अक्सर शरीर का कोई भी अनावृत स्थल हो सकता है।

द्वितीयक क्षतियां पितास (स्पैनिश 'पिता' और हिंदी 'अम' अर्थात् 'ऐसा', 'सदृश') पैठन के 5 से 12 महीने बाद उत्पन्न होते हैं। वे विसरित कड़ुक धब्बों और लाल, हल्के नीले तथा भूराभ श्वेत पिटकों द्वारा लक्षित होते हैं। शल्कन अधिकेंद्र के मध्य में और निर्वर्णकता परिसर में देखी जाती है। क्षतियां खर्जुक्लेश, सीफिलिस और दिनायस से मिलते-जुलते हो सकते हैं।

तृतीयक चरण कई महीनों बाद और कभी-कभी कुछ वर्षों बाद आता है। यह चर्म में अपरजक परिवर्तनों द्वारा लक्षित होता है। गंदले रंग के धब्बों के बीच-बीच में अतिवर्णकित क्षेत्र आ-आकर एक विशिष्ट चित्र प्रस्तुत करते हैं। हथेलियों और तलवों पर चर्म मोटा तथा निर्वर्णकित हो जाता है। लसग्रथिरुग्णता विकसित होती है। निमित्त कारण लसपर्वों से प्राप्त द्रव्य में अनुवेदित हो सकते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया प्रथम दो चरणों में 75 प्रतिशत और तीसरे चरण में 100 प्रतिशत रोगियों में धनात्मक होती है। त्रेपोनेमा पालीडुम का निश्चलकरण-परीक्षण पूरे रोग-काल में धनात्मक (पुष्टिकारक) होता है।

**चिकित्सा**—प्रतिजीवकों का उपयोग होता है।

**बेजेल** (अरबी सीफिलिस) एक त्रेपोनेमा-प्रेरित अरतिज रोग है, जो अरबी देशों में पाया जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा बेजेल है, जो रूपलोचनी तौर पर सीफिलिस, पिता और फ्रांजे जिया उत्पन्न करने वाले त्रेपोनेमा-जीवाणुओं से मिलता-जुलता होता है। पैठन के प्रसार (या संक्रमण) का सबध बुरी हाइजीनिक परिस्थितियों के साथ है। यह अधिकांशतः बच्चों को होता है।

चर्म एवं श्लेष्मल झिल्लियों की रालार्बिक-व्रण्य क्षतियां, अस्थिपर्यस्थिशोथ, सधिवर्ती पर्व, मुख-श्लेष्मला पर पनपू पिटक तथा धब्बे, हथेली और तलवे का शृंगीक्लेश, खत्वाटता और शिवत्र के अधिकेंद्र विकसित होते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है।

**चिकित्सा**—प्रतिजीवक (पेनीसिलिन, तेत्रासिक्लीन, एरीथ्रोमीसिन, ख्लोराफेनीकोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

**ट्रौपिक फ्रांजेजिया** (न्युपदंश) उष्ण कटिबंधीय क्षेत्रों का एक रोग है। इसके निमित्त-जीवाणु त्रेपोनेमा पैर्तेनुए कास्तेलानी है। इसका प्रसार (या संक्रमण, पैठन) निकट दैनदिन (अयौन, अरतिज) संपर्कों, चर्म की चोटज क्षति और कीट-दंशों से होता है। इसका अंतर्जानपदिक प्रसार सिर्फ जनता की सामाजिक एवं हाइजीनिक परिस्थितियों पर निर्भर करता है, जो कुछ उपनिवेशी देशों में बहुत बुरी

यों रक्तों और किशोरों में इस रोग के प्रारंभिक प्रमाणों को जाना है।

तल्विक प्रवाह के अनुसार प्राकृतिक रीतिनिष्ठता से प्राप्त मिलना जानना होता है। दो से चार सप्ताह के अनशयन-काल के बाद एक पार्थिव प्रतिक्रिया बनता है। यह अतिरिक्त-वृद्धि में विरक्त रक्त-पत्रों के कारण होता है। पिठक नेजी में बढ़ने के, बांगन होने के और रक्त-पत्रों में एक-दूसरे के साथ मिलने पर चौरस तथा हल्का वर्णकित शक्ती के रूप में जाना है। प्राकृतिक शक्ती के बाद, सधिवदना और सिरदर्द की पृष्ठभूमि में विकसित होती है। एक-दूसरे तीन महीने या द्वितीय स्फोट विकसित होता है। ये हैं—रक्तमाला, वृद्धि, लगन, समानुभा, पनपू पिठक, जो देखने में रक्तवरी (रक्तवरी) जैसे लगते हैं (प्रतिलिपी शब्द 'प्रतिलिपी' का अर्थ रक्तवरी ही है)। ये पिठक आर्द्र पालों खुरियों से ढंके होते हैं, जिनका आकार 1-2 सेंटीमीटर होता है। लतामकलेशिक-शल्की तथा गुलाबिकीय धब्बे और शैवाकवत मशिकीय तथा केगटोटिक पिठक भी द्वितीय चरण के लिये लंछक होते हैं। चर्म-पुटकों के स्थल पर विपुल कणमय पिठिकाविक विरचनाएं उत्पन्न होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में क्षतियां अवगामी होती हैं और अपने पीछे निर्वर्णकित या अतिवर्णकित शल्की क्षेत्र छोड़ जाती हैं।

द्वितीय स्फोट में पूर्व ज्वर, लसर्वाधिक्य-रक्तमाला, पर्यास्थशोथ, अस्थिवेदना, रुमैटीक पीड़ाजनक संवृत्तियां और पाचन में गड़बड़ी प्रेक्षित होती है।

तृतीय चरण पैठन के सात से दस साल बाद विकसित होता है, जो फटकर अनियमित, अपरदित किनारियों वाले कणीभूत (ग्रेनुलेंटिंग) पिठिकाविक व्रण बनाते हैं। ठीक होने पर विकृत (कुरूप) क्षतांक रह जाते हैं। अवसर पंरा में रालाविक अस्थिपर्यास्थशोथ के कारण तलवार की तरह मुड़े हुए पैर हो जाते हैं, आदमी अपंग हो जाता है, अस्थियों में स्वतःस्फूर्त विभजन (विदार, टूटन आदि) होने लगते हैं।

मुंह, नासाग्रसनी, नेत्र-कोटरों में ऊतकों के तीव्र विकृतकारी कणाविक पूयिक क्षतियां होती हैं। द्रुत विमृत्तिक अपघटन के कारण वे एक कोटर के रूप में संगमित हो सकती हैं। बहुसंख्य, घने, मद गति से वर्धन करने वाले गुल्म कोहनियों, घुटनों तथा अन्य संधियों पर उत्पन्न होते हैं (सधि-पर्व), जो नीचे के ऊतकों के साथ संगलित हो जाते हैं, यह रोग एक लंछक अभिव्यक्ति है।

वास्तेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टन-प्रतिक्रिया के परिणाम फ्राबेजिया में स्थायी तौर पर धनात्मक रहते हैं। बिओप्सी से त्रेपोनेमा अनुवेदित होते हैं।

चिकित्सा—एटी-सीफिलिसी चिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। पेनीसिलिन, एरीथ्रोमीसिन और विस्पथ के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं।



Gifted by  
Raja Ram Mohun Roy  
Library Foundation,  
Calcutta.

## मानव स्वास्थ्य

चिकित्सा शृंखला

प्राथमिक चिकित्सा कैसे करें ?

मानसिक रोग कारण और उपचार

हृदय रोग कारण और उपचार

नेत्ररोग कारण और उपचार

नाक, कान, गला रोग कारण

और उपचार

आपका स्वास्थ्य

जीने की कला

चर्मरोग चिकित्सा

महारोग एड्स

घरेलू उपचार

स्वास्थ्य रक्षा भाग-1

स्वास्थ्य रक्षा भाग-2

दुर्घटनाओं के कारण और बचाव

जड़ी बूटियों से उपचार

उत्कृष्ट साहित्य का प्रतीक

**दिल्ली पुस्तक सदन**

सुरुचिपूर्ण प्रकाशन ।

एक गौरवशाली परम्परा